Lane Medical Library

Aus der Psychiatrischen Klinik der Kgl. Charité.
Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bonhoeffer.

# Katatonie und organisch-nervöse Begleiterscheinungen

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR
ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE
DER
HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
AN DER
KÖNIGL. FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT
BERLIN
VORGELEGT VON

LEW SIROTA
AUS SCHITOMIR (RUSSLAND)

Tag der Promotion: 12. August 1914.

BERLIN 1914
DRUCK VON CARL SIEBERT'S BUCHDRUCKEREI, ELSASSERSTR. 54.

Gedruckt mit Genehmigung
der
**Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.**

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bonhoeffer.

*Meinen teuren und innigstgeliebten Eltern*
*in Dankbarkeit gewidmet.*

Kahlbaum hat und nach ihm Neisser, Näcke u. a. auf die körperlichen Symptome bei der Katatonie als häufige und wesentliche Begleiterscheinungen hingewiesen. Besonders aber in der neueren Zeit haben mehrere Forscher über eine ganze Reihe von körperlichen Krankheitszeichen bei dieser psychischen Affektion berichtet, „deren genauere Beziehungen zum Grundleiden allerdings noch nicht in allen Punkten feststeht." (Kraepelin.)

In seiner Arbeit „Seitenstrangerscheinungen bei akuten Psychosen", hat Bonhoeffer bei Fällen, die nach der heutigen Nomenklatur zur Gruppe der Katatonie gerechnet werden, zuerst auf das Vorkommen eines flüchtigen spastischen Symptomenkomplexes (gesteigerte Sehnenreflelxe, spastischer Gang, Fuß- und Patellarclonus) und auf starke Schwankungen in der Sehnenreflexerregbarkeit hingewiesen.

Kraepelin erwähnt, unter speziellen Beziehungen auf die Katatonie, Anfälle, die sich vorzugsweise als Schwindel, Ohnmachten, oder als hysteriforme, appopllektiforme, häufiger epileptiforme Krämpfe äußern. In wechselnder Häufigkeit will er gesteigerte Sehnenreflexe, erhöhte mechanische Erregbarkeit der Nervenstämme, Unruhe in der mimischen Muskulatur, aphasische und häufiger vasomotorische Störungen beobachtet haben; hin und wieder auch vermehrte Schweiß- und Speichelsecretion, Ausbleiben der Menses, Blutdruck-, Temperatur- und Stoffwechselschwankungen. Bisweilen sollen auch diffuse Schilddrüsenvergrößerungen, Exophthalmus, Tremor, ferner trophische Störungen zur Beobachtung kommen.

Bleuler erwähnt auch das Gleiche über die vorkommenden Anfälle, die valomotorischen Störungen und über die übrigen körperlichen Erscheinungen, will außerdem noch mitunter Eiweiß im Urin, osteomalatische Veränderungen, Knochenbrüchigkeit gesehen haben; ferner berichtet er noch über einen Schizophrenen, der mehrmals einige Tage lang in einem Koma war, indem er Babinski zeigte.

Hoche, Mailland, Trépsat, Roubaix berichten gleichfalls über ähnliche Befunde; Roubaix hat sogar einen Babinski, nebst Steigerung der Reflexe und Fußclonus in einem Falle beobachtet.

E. Meyer fand bei seinen Untersuchungen außer den von den übrigen Autoren berichteten Erscheinungen 6mal einen Patellar-, zweimal einen Fußclonus und zweimal einen nur angedeuteten und vorübergehenden Babinski.

Auch Knapp beschreibt neben den übrigen Symptomen einen gelegentlichen Fußclonus, Spasmen, Hypotonien und Anomalien in der Schweiß-, Talg- und Tränensecretion.

Hervorheben möchte ich, daß sich in der Literatur weder die Beobachtung eines Oppenheimschen Zeichens, noch die eines Fächerphänomens findet.

Mehr ist dagegen bei Pupillenstörungen mitgeteilt worden. Es sind zurzeit verschiedene Arbeiten über Störungen der Lichtreaktion in dieser oder jener Form, sogar über beobachtete reine reflektorische Pupillenstarren veröffentlicht worden.

W. Fuchs nennt sogar die reflektorische Pupillenstarre unter den katatonen Symptomen.

Blin will in 13,8% seiner Dementia praecox-Kranken neben Mydriassis, Miosis und Anisorcorie, das Argyl Roberstonsche Zeichen gesehen haben.

Meyer, Roubaix, Dide und Assicot und neuerdings Reichmann berichten auch über eigentümliche Beeinträchtigung der Pupillenreaktion auf Lichteinfall.

Von anderen Symptomen soll auch Nystagmus hin und wieder beobachtet worden sein (Meyer, Runge u. a.).

Mydriasis, Myosis, Anisocorie zählen auch zu den ziem-

lich häufigen Erscheinungen. (Kraepelin, Bumke, Weiler, Knapp, Meyer, Hübner, Pförtner, Wassermajer.)

Von besonderem Interesse erscheint das von Westphal zuerst beschriebene Pupillenphaenomen. Er stellte bei prothahierten Fällen von Katatonie im Stupor eine absolute „katatonische Pupillenstarre" nebst eigentümlichen Formveränderungen fest, die er als abnormen Tonus der Irismuskulatur auffaßt. Die von den übrigen Autoren, wie Sioli, Albrand, Winter, Runge, Reichmann, Rumke, Kraepelin, Räcke, Hübner, Pförtner, Weiler u. a. angestellten Nachuntersuchungen haben seine Beobachtungen in mehr oder weniger vollstem Umfange bestätigt.

Kurz möchte ich das von Rumke zuerst beschriebene Phaenomen erwähnen, (das Fehlen der Psychoreflexe, der Pupillenunruhe und der reflektorischen Erweiterung auf sensible Reize) auf dessen Besprechung ich hier nicht näher eingehen will, da mir sorgfältige Untersuchungsberichte darüber fehlen.

Im Folgenden möchte ich über ähnliche organische Erscheinungen berichten, die ich Gelegenheit hatte, bei einzelnen **Katatonikern** beobachten zu können. Sie erscheinen mir von wissenschaftlichem und praktischem Interesse, weil, so weit ich die Literatur übersehen konnte, nur selten ähnliche Befunde mitgeteilt worden sind. Nach gesonderter Betrachtung der einzelnen Fälle, sollen die organischen Symptome noch gemeinsam eine zusammenfassende Besprechung finden.

### Fall I.

Pat. F. K., 16 Jahre alt, Lehrling.

Eltern leben. Vater ist lungenleidend. Großonkel väterlicherseits in Irrenanstalt. Mit 5/4 Jahren gehen gelernt; hatte Scharlach, im Anschluß an diesen Nierenwassersucht, während eines halben Jahres. Pat. besuchte in R. die Volksschule, hat immer gut gelernt, war zwei Jahre in der ersten Klasse. Kam dann zu einem Tapezierer in die Lehre, auch dort gut gelernt und hat bis zum 21. 6. 12 gearbeitet. Stets ein ordentlicher und fleißiger Junge, seit einigen Wochen vielleicht jedoch etwas reizbar. Er zankt sich leicht mit seinen Schwestern. Am Sonntag, den 16. juni 1912 noch ganz vernünftig, heiter und vergnügt. Am anderen Morgen wachte er mit Kopfschmerzen auf, ein heftiges Erbrechen stellte sich ein, er fühlte

sich sehr schlecht. Niedergedrückte Stimmung. Machte, wenn man ihn ansprach, Abwehrbewegungen: „ich weiß gar nicht, wie mir ist". Am Dienstag, den 18. fühlte er sich körperlich etwas besser, ging zur Arbeit und kam am Abend ärgerlich und gereizt wieder zurück, gab unverständliche Antworten: „ach laßt mich doch in Ruhe, ich kann mir doch nicht alles gefallen lassen von den albernen Jungen". In den nächsten Tagen war sein Verhalten noch sonderbarer. Er lachte viel und grundllos, meinte, da wären die Jungen schon wieder unten, das ginge ihn aber nichts an, er ließe sich nichts gefallen, sie dürften ihm nicht alles in die Schuhe schieben, er sei unschuldig, habe nichts getan, die wollten aber fortlaufen und alles auf ihn abwälzen. Pat. ging noch am 21. 6. zur Arbeit und brachte im Laufe des Tages das erkrankte Dienstmädchen seines Lehrherrn noch in das P.-Krankenhaus, er sah sich dort noch alles an. Abends erzählte er zu Hause nur wenig davon, er schlief in der Nacht sehr schlecht, sprach viel, er wolle zu den Jungen und ihnen Bescheid geben. Wurde von den Eltern angerufen und ausgescholten. Fängt aber immer wieder an; am anderen Morgen war er dann mürrisch, müde, aber nicht ängstlich. Fing dann wieder unvermittelt an, zu lachen; die Mutter wurde ängstlich und ging ihm nach zu seiner Arbeitsstelle. Dort fand sie ihn, wie er, anstatt zu arbeiten, unter lautem Gelächter ein Fahrrad aufpumpte und erklärte, er wolle nach R. fahren, er könne sich doch nicht alles gefallen lassen. Der Lehrherr bestätigte, daß sich sein Benehmen in den letzten Tagen sehr verändert hätte, daß er seine Gedanken nicht beisammen habe, und Aufträge vergäße. Die Mutter ging darauf mit ihm zum Arzt, der ihn in die Charité schickte.

23. 6. 12. Pat. liegt ziemlich unruhig im Bett; er ist für sein Alter ein etwas kindlich kleiner Junge mit recht lebhaftem, intelligentem Gesichtsausdruck. Er verfolgt mit größter Aufmerksamkeit alle Vorgänge in seiner Umgebung und begleitet sie mit teils treffenden, teils vorlauten Worten. Sein Verhalten dem Arzt gegenüber ist frei von jeder Verlegenheit, er antwortet unbefangen, offen, natürlich und schlagfertig. Auffallend ist zunächst seine große Heiterkeit, die sich oft in lautem Lachen äußert, ohne daß eigentlich dazu ein Grund vorhanden wäre. Er ist zeitlich und örtlich gut orientiert, seine Erinnerung an die Ereignisse der letzten Zeit ist eine gute. Bei weiterem Fragen, tritt eine große Flüchtigkeit zutage. Pat. beantwortet jetzt die Fragen oft mangelhaft und schweift ab. Auch die logische Begründung ist oberflächlich, bisweilen sogar ganz unverständlich. Pat. gibt dann auf weitere Fragen an, er habe in letzter Zeit viel mit Jungen zu tun gehabt. Er wäre in einem Verein der Sittlichkeitsverbrecher. Sie arbeiteten am Tage mit Talglichtern und nachts mit Revolvern. Ueber Ziel und Zweck kann er genauere Angaben nicht machen. Er hätte nur gestern im Krankenhaus alle Mädchen ange-

sehen, wie und unter welchen Umständen, darüber ist von ihm nichts Näheres zu erfahren. Die Jungen hätten ihn zu allem Möglichen verführen wollen, er hätte sich jedoch auf nichts eingelassen. Jetzt wolten sie alles auf ihn schieben, ihn alleine beschuldigen, sich drücken und fortlaufen. Er ließe sich aber das nicht gefallen und würde alle miteinander verhauen, oder sich mit ihnen duellieren. Gefragt, woher er denn das alles wisse, erzählt er, die Jungen hätten ja immer unter seinem Fenster gestanden, er hätte sie deutlich gehört und gesehen, ihnen jdoch immer geantwortet, daß er sich nicht mit ihnen unterhalten wolle. Kein Anhaltspunkt für andersartige Halluzinationen.

Status somaticus. Pat. ist mittelgroß, für sein Alter wenig entwickelt; von kräftigem Knochenbau, guter Muskulatur, sehr geringem Fettpolster.

Cor, Pulmones, Abdomen: o. B. Urin frei von Alb. und Sacch.

Schädel, oben: Klopf- und druckempfindlich,

Augen: Lidspalte rechts = links. Pupillen r. = l., rund, reagieren prompt und ausgiebig direkt und indirekt auf Lichteinfall. Fundus o. B. Augenbewegungen frei; bei seitlicher Einstellung lebhafter horizontaler Nystagmus. Cornealreflexe beiderseits schwach positiv.

Trigeminus: keine Druckempfindlichkeit der Nervenaustrittsstellen. Sensibilität r. = l., intakt.

Facialis: o. B. Zunge wird gerade herausgestreckt, kein Zittern, keine Narben; Bewegungen frei.

Gaumen: gespaltene Uvula, sonst o. B. W. R. lebhaft.

Obere Extremitäten: grobe Kraft gut;

Tricepsreflex } lebhaft.
Radialisperiostreflelx }

Sensibilität, Lagegefühl: intakt.

Rumpf keine Druckempfindlichkeit, Bauchdeckenreflexe beiderseits schwach +, Cremasterreflelx +.

Untere Extremitäten: grobe Kraft gut.

Beine im ganzen etwas schlaff.

Patellarreflex rechts lebhaft, links schwach, fast aufgehoben. Achillesreflelx beiderseits +.

Fußsohlenreflex: plantarwärts.

Babinski } nicht vorhanden.
Oppenheim }

Lagegefühl intakt. Sensibilität scheinbar intakt; (schwer zu prüfen).

Romberg } vorhanden.
Lasèque } nicht vorhanden.

25. 6. Pat. ist heiter, lacht viel und ohne jeden Grund. Führt

lebhafte Gespräche meist mit den vermeintlichen Jungen des Vereins, die er überall sieht und hört. Als er in der „Woche“ ein Bild mit zahlreichen Jungen sieht, (Pariser Schule auf einem Ausflug) erklärt er: „das sind sie ja“. Er zeigt den Anführer, die Jungen, die ihn abholen wollen, nennt einzelne Namen: „die kennt man ja schon von hinten die Spitzbuben“. Läßt sich auch nicht belehren. Große motorische Unruhe; Pat. zieht dauernd die Bettdecke ab, wirft alles durcheinander, springt im Hemde oder nackt durch den Saal, turnt und schießt Purzelbäume. Bekonnt 0,5 Veronal, später nochmals 1,0. Danach etwas Ruhe.

Patellarreflex rechts nicht auszulösen, links sehr schwach.

26. 6. Aufregung des Pat. nimmt weiter zu. Er spricht unaufhörlich, meist unzusammenhängend, von Schlangen, Drachen und von wilden Tieren, zum Teil auch von den Jungen, glaubt schießen zu hören. Antwortet wenig sinngemäß, schweift sofort ab. Stimmung ist weniger heiter, im Gegenteil mehr zornig. Er schimpft auf die Jungen, droht, sie alle zu erschießen.

27. 6. Pat. redet vollkommen unzusammenhängend, sieht angsterregt vor sich hin, ist nicht mehr imstande, vernünftig zu antworten. Singt, schreit und läuft umher. Pat. wird nach der unruhigen Abteilung verlegt. Er ist sehr unruhig, läuft fortwährend im schnellsten Tempo durch die Säle, spricht sehr viel von Vollblutpferden, bezeichnet sich selbst als solches, spricht ferner viel von Kämpfen mit den Jungen, behauptet, daß er sie alle geschlagen hätte, und daß sie alle feige wären. Hin und wieder wirft er sich auf sein Bett, stöhnt und schreit, er sei ganz besoffen; der Kopf täte ihm weh, er hätte soviel Wasser trinken müssen, er bekäme die Wassersucht. Am Abend im Colleg vorgestellt, zeigt er deutlich Echolalie und auch Echokinese.

28. 6. Heute morgen ebenfalls Echolalie und Echokinese (Hände reiben, in die Hände klatschen, mit den Füßen trampeln, Hände aufwärts heben, an die Brust schlagen). Pat. macht alle diese Bewegungen nach, ohne seinen gewöhnlichen Redefluß zu unterbrechen.

29. 6. Lumbalpunktion. Flüssigkeit fließt lebhaft tropfend ab. Wassermann negativ.

Patellarreflexe sind heute deutlich vorhanden; rechts = links.

30. 6. Pat. braucht zur Nacht beständig Hyoscin.

1. 7. Aeußerliches Verhalten unverändert. Rededrang. Aeußert folgendes: „Kopf tut auch weh, schreiben will ich auch, (sieht, daß der Pfleger schreibt) geht sehr schön, im Liegen am besten. Kopf tut auch bald weh, schon tut er weh, nur wenn man sitzt, wenn man rennt, nicht und wenn man am dollsten rennt, geht man am sichersten . . . . . Ich möchte mal sehen, was das ist — Stenographie,

oder Telegraphie (versucht zu schreiben) auch ohne Draht — — Punkt, Strich, Punkt, Strich . . . Ich bin ein Feldherr mit Musik. auch mit Musik . . . . ich kann auch rixdorfisch, besser wie die Indianer, mit Kopf stehen zusammen . . . (sieht nach der Stadtbahn). Na, die Züge möchte elektrisch sehen, sieht man die denn von der Charité auch . . ., das hätte ich nicht gedacht!"

4. 7. Pat. ist in den letzten Tagen allmählich ruhiger geworden. Als während zweier Nächte ein unruhiger Pat. neben ihm in der Zelle lag, beschwerte er sich, daß es so unruhig war: „der hätte gebrüllt, wie ein alter Ochse". „Weshalb mögen hier wohl die Pat. so schreien? was meinst du"? „die sind nicht richtig im Kopf". „Bist du denn richtig im Kopf? Ja, bloß von die olle Spritze . . ." (Verzieht das Gesicht und stöhnt).

5. 7. Pat. ist ganz ruhig, kommt nur hin und wieder aus dem Bett. „Warum läufst du denn hier so herum"? „Es ist hier so unruhig, immerfort kommt ein Neuer, der schreit".

23. 7. Jetzt ganz munteres lebhaftes Wesen, Beschäftigungsbedürfnis vorhanden; gegen Aerzte stets freundlich und zugänglich; unterhält sich mit anderen Pat. Ganz geordnetes motorisches Benehmen. Keinerlei psychomotorische Symptome.

25. 7. Beim Pat. Erinnerung an früheren Zustand vorhanden. Er gibt nur spärlich auf Fragen Antwort. Abgeneigt, den Inhalt der Halluzinationen anzugeben. Gleichgültig. Kein Korrektionsbedürfnis. Auch jetzt noch Neigung die Halluzinationen auf die Umgebung zu projizieren, kommt darüber nochmal zur Erklärungen, es sei draußen so laut gewesen, Bahn, Elektrische und Dampfertuten gehört; hörte auch Stimmen, die über ihn gesprochen haben sollen. Die Jungen hätten ihn verhauen wollen. Seine motorische Unruhe erklärt er damit, daß er Hunger hatte und nichts zu essen bekam. „Ich wußte nicht, was ich machen sollte, es war so langweilig". Krankheitsbewußtsein bezieht sich nur auf Schlaflosigkeit und körperliches Schwächegefühl. Hochgradige akustische Ueberempfindlichkeit. Zu Hause hätte er nicht schlafen können, weil so viel Lärm war. Der Wecker ging so laut; auf der Straße war so viel Lärm; die Vögel auf dem Hof (der Wohnung) sangen so laut, die Eisenbahnen, die von der Wohnung zu hören seien, machten auch so viel Lärm.

1. 8. Nachdem Pat. die Produkte seines Rededranges vom 1. 7. vorgehalten wurden, gibt er auf Befragen an, daß er sich dessen nicht mehr erinnere. „Hältst du das für gesund, wenn andere Leute so etwas redeten? — Nein". — Pat. glaubt noch nicht recht, daß er damals so viel irres Zeug gesprochen haben soll. — Pat. ist in seinem Betragen gegenüber den anderen Pat. nicht gesittet. Er bedient sich gemeiner Ausdrücke und Schimpfworte, so daß sich die anderen Pat. beschweren. Abends nach dem Schlafengehen, läuft er wieder un-

ruhig im Saal umher und weckt andere Pat. Nachts träumt er viel und spricht oft im Schlaf.

10. 8. Pat. ist jetzt wieder etwas ruhiger geworden, er belästigt die anderen nicht mehr mit seiner Unruhe und seinen Dummheiten.

17. 8. Verhalten völlig normal. Auf Vorhalten der Anamnese gibt Pat. an, er sei damals nachts auf der Straße gewesen. Wenn er seiner Mutter von dem — Radfahren — erzählte, wollte sie es nicht zugeben.

Patient wurde am selben Tage zur eigenen Familie auf Wunsch der Eltern entlassen.

Bei einer vor Kurzem stattgefundenen Untersuchung fanden wir ein ganz normales psychisches Verhalten. Pat. gibt auf Befragen an, daß er sich körperlich wohl fühlt. Objektiv ist außer einer leichten Steigerung der Patellarreflexe nichts Abnormes festzustellen.

Die Erscheinungen dieses Krankheitsfalles sind also folgende: Bei einem 16jährigen, erblich gering belasteten Lehrling tritt ohne erkennbare Ursache ganz plötzlich nach einer kurz dauernden Gemütsverstimmung ein Erregungszustand auf, der sich bald durch ein incohärentes, beziehungsloses Handeln und Benehmen kennzeichnet. Auffallend ist von vornherein die Vernichtung „der intrapsychischen „Koordination" (Stransky), die uns hier so deutlich in der Zerfahrenheit seines Gedankenganges, in dem scharfen Wechsel der Stimmungen, sowie in der Sprunghaftigkeit seines Handelns entgegentritt. Seine meist gehobene, pathetisch-theatralische Stimmung geht hin und wieder in eine mehr zornige, bedrohliche über, dabei schimpft er, stöhnt, spricht viel von Schlangen, Drachen, wilden Tieren usw. Im Vordergrunde steht seine große motorische Unruhe, verbunden mit zahlreichen Stereotypien, zuweilen auch Echopraxie und Echokinese. Ferner die vorzugsweise auftretenden akustischen Halluzinationen, hin und wieder mit Reaktionen auf diese Täuschungen, in Färbung mit den Wahnvorstellungen übereinstimmend, die immer gut erhaltene zeitliche und räumliche Orientierung, gute Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit ergänzen das Bild unserer Psychose.

Auf dem körperlichen Gebiete sind nebst erhaltenen Achilles- und anderen Reflexen die häufige Differenz der Patellarreflexe zwischen rechts und links

(mitunter vollkommen aufgehoben) und der Nystagmus zu verzeichnen.

Die anderen organischen Affektionen, wie z. B. progressive Paralyse, Hirntumor, symptomatische Psychose, oder eine Kombination mit multipler Sclerose, die hier differentialdiagnostisch in Betracht kämen, könnten kaum Anlaß zur Verwechselung geben.

Das Alter des Patienten, der negative Wassermann, die immer gut erhaltene Orientierung, das gute Gedächtnis und die gute Sprache, sowie das Fehlen der objektiven körperlichen Symptome (Pupillenstarre, gesteigerte, resp. aufgehobene Patellarreflexe) und das psychische Bild selbst, machen die progressive Paralyse sehr unwahrscheinlich.

Das Fehlen der kardinalen Symptome des intrakraniellen Druckes (Stauungspapille, heftige Kopfschmerzen, Bradykardie, Schwindel, Benommenheit) und sein jetziges normals psychisches wie körperliches Verhalten läßt auch die Diagnose auf Tumor cerebri mit großer Wahrscheinlichkeit ausschließen.

Auch sehr unwahrscheinlich scheit die Kombination mit multipler Sclerose zu sein. Das Vorandensein von Bauchdeckenreflexen, das Fehlen der anderen Symptome, wie Intentionszittern, gesteigerte Reflexe, Babinski, spastisch-paretischer Gang, scandierende Sprache, Augensymptome (Scotome, Diplopie), sowie die Anamese selbst sprechen sehr gegen diese Annahme.

Berücksichtigen wir ferner den negativen Befund der inneren Organe, den fieberfreien Verlauf der Psychose, sowie das Fehlen einer gröberen Ernährungsstörung und einer Intoxikation, so können wir auch die symptomatische Psychose mit ziemlicher Sicherheit ausschließen.

### Fall II.

Pat. E. N., 30 Jahre alt, von Beruf Schneider. Als Kind viel an Drüsen gelitten, mit 2 Jahren laufen und sprechen gelernt. Wiederholt geschnitten. Zu T. die Volksschule besucht, immer gut und leicht gelernt. Als Kind bis zu 16 Jahren öfter des Nachts aufgestanden und umhergewandelt. Nach der Schule Schneider gelernt und immer als solcher gearbeitet. Seit dem 10. Lebensjahre in Ber-

lin. Vater Potator, stets ein gutes Auskommen gehabt. Pat. hat nicht gedient (allgemeine Körperschwäche). Vor 4 Jahren augenkrank; stets leicht erregbar. Bis zum 3. Aprill 1912 gesund, hat ständig gearbeitet, wurde dann wegen einer Hernia inguinalis operiert. Drei Wochen nach der Operation sprach er plötzlich verwirrt, war aufgeregt, sang und deklamierte. Wurde in die Nervenklinik des R. V. Krankenhauses gebracht (Ende April). Blieb dort bis Ende des Monats Mai. Dann bis jetzt zu Hause. Spricht dauernd, rennt fortgesetzt im Zimmer umher, ist empfindlich gegen Geräusche und Stimmen; hört er solche, so glaubt er sich verfolgt, meint, er sei von der ganzen Welt verraten und verlassen, dürfe sich nicht mehr unter Menschen sehen lassen. Ist traurig und mißgestimmt, macht sich Gedanken, daß er nicht wieder gesund wird, redet von seinem Tode, behauptet, er habe falsch geschworen, sei auf dem Standelamt als „Nietz“ statt ‚Nitz“ getraut. Weint viel, scchreit ängstlich auf, besonders, wenn Bekannte kommen. Macht sich sorgen, daß seine Frau arbeitet, während er untätig ist. Von Perioden früherer trauriger oder heiterer Verstimmung ist nichts bekannt. Im allgemeinen fröhliche Natur, liebte Musik, tanzte sehr gerne. Die Sprache ist schlechter (schleifend) geworden. Gedächtnis leidet angeblich nur durch Unaufmerksamkeit.

Pat. ist zu Haus aufgewesen, auch draußen spazieren gegangen. In letzter Zeit glaubte er, die Wärter vom Virchow-Krankenhaus wollten ihn wieder abholen und blieb deshalb in der Wohnung.

Pat. wurde am 20. Juni 1912 in der Kgl. Charité aufgenommen.

20. 6. 12. Pat. sitzt mit etwas traurigem und schläfrigem Gesichtsausdruck im Bett. Die Fragen nach Namen usw. beantwortet er zunächst gar nicht. Alle Aufforderungen, z. B. aufzustehen, den Mantel anzuziehen, dem Arzt zu folgen, befolgt er außerordentlich langsam, z. T. erst nach 20 maliger Wiederholung. Führt man Bewegungen mit ihm aus, so leistet er keinen Widerstand, geht z. B. recht schnell durch das Zimmer und den Korridor. Während der Fragen fängt er allmählich an, mit leiser, zunächst ganz unverständlicher, zeitweise abgesetzter Stimme vor sich hinzureden. Zuerst versteht man gar nichts, dann kommt eine ganze Zeit lang in ständiger Wiederholung, „ich, ich, ich, ich bin . . ., ich bin . . . wir sind . . ., wir sind doch alle gleich, alle gleich . . ., ich muß . . ., wenn ich doch . . ., wenn ich doch. Ich bin doch . . ., wir müssen alle“. Er ist dabei in fortwährender motorischer Unruhe, geht ein bis zwei Schritte hin und her, wiegt sich von einem Bein auf das andere, dreht sch langsam mehrere Male um sich selbst. Schüttelt mit dem Kopf, weint bisweilen, versteckt die Hände in den Aermeln des Mantels. Fragen beantwortet er lange Zeit überhaupt nicht; tut er es, so gescieht es mit zahlreichen Wiederholungen, ziemlich richtig. Gibt

seinen Namen, Alter, Adresse, Wohnung, den Namen von Mutter und Frau richtig an. Zeigt sich im Großen und Ganzen richtig orientiert, gibt Tag und Monat, sowohl Datum richtig an, aber nicht das Jahr. Auf die Frage: „wo sind Sie?", langes Vorsichhinreden: „wo bin ich nur, ich wein ich, ich bin, ich bin hier, wo ich wohl bin". Im Verlauf der Untersuchung wird er lebhafter, läßt sich nur kurze Zeit auf dem Stuhl festhalten, läuft ruhelos umher und hält heftig weinend Selbstgespräche: „ich bin, ich habe doch keinem Menschen etwas getan, ich bin durch und durch ehrlich, ich habe immer gearbeitet und mich ehrlich durchgeschlagen, ich weine den ganzen Tag und meine Frau weint doch . . . was wollen Sie denn . . . es ist doch schlimm auf der Welt . . . wo bin ich nur . . . was soll denn werden . . . ich bin ehrlich auf dem Standesamt getraut. Ich . . ., weil . . ., wo ich . . ., ich war doch . . ., ich habe noch einen Fehler wieder gut gemacht. Ich bin doch meinen Namen wert. (Warum weinen Sie?) Ich bin in B. geboren, in T. erzogen, ich kann in diesem Augenblick nicht alles so wissen, ich kann doch nicht . . ., ich bin, bin nur . . ., ich bin doch noch nicht im . . . was wollte ich nur . . ., ein Eid, wir waren doch gute Freunde, wir sind doch auch noch hier, ich wein nicht. Wie oft habe ich mich geteilt . . ., ich habe immer abgegeben . . ., der Untergang der Titanic, wir sind doch alle gleich . . ."

Pat. fixiert vorgehaltene Dinge, merkt auf, wenn jemand in das Zimmer kommt, wandert aber weiter umher. Bleibt vor dem Schrank stehen und besieht die Türen, fährt aber fort, ein Selbstgespräch zu führen. Zuweilen gibt er energische Laute von sich, schaut mal einen kurzen Augenblick auf, rechnet 7×8, 9×7 richtig aus, wiederholt 4 Zahlen richtig, 5 Zahlen jedoch wegen mangelhafter Aufmerksamkeit nicht.

„Nennen Sie mir einen Vogel? — „Spielvogel, Bleichervogel . . ., war ich eine Zeit lang als Bügeler".

Status Somatikus: Pat. ist mittelgroß, in schlechtem Ernährungszustand, Hautfarbe blaß, anaemisch, Augen trübe, entzündlich gerötet.

Fettpolster gering, Muskulatur atrophisch, Schädel nicht klopf- oder druckempfindlich.

Cor, Pulmones, Abdomen — o. B. Rechte Augenspalte kleiner als linke, Pupillen reagieren auf Licht beiderseits prompt und Accommadation, linke Pupille ist größer als die r'e'c'h't'e, — linke vielleicht e't'w'a's v'erzogen, Fundus wegen dauernder Unruhe des Patienten nicht zu sehen. Augenbewegungen frei. Cornealreflexe beiderseits sehr lebhaft.

| | |
|---|---|
| Trigeminus | wegen der Passivität des Kranken nicht |
| Facialis | exakt zu prüfen. Anscheinend o. B. |

Zunge wird wenig vorgestreckt, zeigt grobes

Zittern, stoßweise Bewegungen nach vorne. Seitliche Bewegungen träge, unausgiebig. Gaumenreflex +.

Obere Extremitäten: o. B.

Rumpf: Bauchdeckenreflexe +
Cremaster

Untere Extremitäten:

Patellarreflex } lebhaft
Achillesreflex }
Fußsohlenreflex — plantarwärts
Babinski } nicht vorhanden
Fußclonus }
Lasègue }

Romberg vorhanden. Grobes Lidflattern, ziemlich starkes Schwanken; wiegende und kreisende Bewegungen, kein Umfallen.

21. 6. Bekommt 5 gr. Paraldehyd.

Pat. hat laut Wachbericht fast gar nicht geschlafen. Fortwährend gesessen und vor sich hingemurmelt, bisweilen geweint. Erhielt noch ein ½ gr. Veronal, ebenfalls ohne Erfolg.

Blutentnahme. Wassermann negativ.

Bei der Blutentnahme ebenfalls lautes Weinen und Vorsichhinreden.

24. 6. Pat. ist im allgemeinen ruhiger geworden, weint und spricht nicht mehr, bleibt im Bett. Seine Stellung ist oft stundenlang unverändert, halb sitzend, halb liegend, mit rückwärts aufgestützten Ellenbogen, den Kopf vornübergeneigt. Verfolgt mit ängstlicher Aufmerksamkeit die Vorgänge in seiner Umgebung. Auf Fragen antwortet er oft überhaupt nicht, oder erst nach vielfacher Wiederholung, dann aber leidlich sachgemäß. Während des Besuches ist er etwas lebhafter, auf die später gestellte Frage, — ob er Besuch gehabt habe, erwidert er ziemlich prompt: „Mutter und Schwester", ohne eine sonstige Zwischenrede. Schlaf nachts immer noch wenig, aber keine Unruhe.

26. 6. 12. Pat. macht einen vollkommen apathischen Eindruck, liegt regungslos da. Sprachliche Aeußerungen sind von ihm auf keine Weise zu erlangen. Sein Blick ist ängstlich, bei passiven Bewegungen entweder vollkommene Schlaffheit, oder bisweilen Neigung zum Negativismus. Haut fühlt sich abnorm warm an. Pat. nimmt spontan keine Nahrung zu sich; muß gefüttert und dabei sehr genötigt werden. Bisweilen läßt Pat. Urin unter sich. Blase steht sehr voll.

29. 6. Zustand schwerer Apathie; vollkommene Regungslosigkeit besteht unverändert weiter. Stuhl nur auf Aufforderung.

6. 7. Frühmorgens beim Besuch erzählt er freiwillig dem Arzt, daß

er in der Nacht von seiner Bruchoperation geträumt habe. Er befolgt die Aufforderung, ins Untersuchungsgefängnis zu gehen. Kommt etwas aufgeregt herein, sieht sich ängstlich um, hält die Hände nicht ruhig, sondern versteckt sie immer in den Mantelärmeln. Er sagt mit leiser, weinerlicher Stimme: „ich bin so nervenschwach, meine Mutter war auch nervenschwach".

Steht unruhig vom Stuhl auf, schreitet im Zimmer hin und her und sieht sich dabei ängstlich um. Auf die Frage, ob er verfolgt würde, gibt er zuerst keine Auskunft. „Ich möchte . . ., ich möchte doch bald wieder aufstehen und arbeiten. Andere bekommen doch auch Besuch; ich habe mich doch so gefreut. Was die nur wollen . . ., ich fühle mich verfolgt . . ., ach meine Nerven, wenn ich doch wieder gesund . . . ich sehe, man will mich noch so weit . . ." — weint lauter — „ich habe mich so gefreut, die haben das immer anders aufgefaßt. Darf ich höflichst darum bitten . . . ich möchte . . . ich bin so gerne nach Haus gefahren . . . und habe Tag und Nacht gefahren . . . immer habe ich in der Konfektion gebügelt". Auf Fragen gibt er keine richtigen Antworten. Scheinbar faßt er nicht auf. Was er herausbringt, ist alles stockend, leise, weinerlich, kaum verständlich. Bei der Aufforderung zu lesen, sagt er: „ich bin doch nicht Soldat gewesen". Dann liest er einige Zeilen. Plötzlich bricht er ab und sagt: „sowie ich Zeit habe, fahre ich nach meiner Heimat, wo ich getraut bin, mein Name ist auf dem Standesamt zweimal verschieden geschrieben: einmal Nitz und einmal Nietz".

Babinski rechts manchmal vorhanden, links nicht. Oppenheim rechts vorhanden, links nicht auszulösen.

Lumbalpunktion muß abgebrochen werden, da Pat. nicht still sitzt. Beim Besuch erzählt er immer wieder von seiner Bruchoperation. Sieht dabei immer ängstlich umher.

18. 7. Affektlage scheinbar nicht mehr so ängstlich. Die einzigen Worte, die man auf alle an ihn gerichteten Fragen zu hören bekommt, sind: „Charité, Bruchoperation".

3. 8. Angstaffekt scheint heute völlig geschwunden. Pat. zeigt einen etwas fröhlicheren Gesichtsausdruck, möchte aufstehen, nach Hause gehen und arbeiten.

5. 8. Keine wesentliche Aenderung im Befinden des Kranken.

25. 9. Pat. ist in den letzten Tagen zeitweise für ein bis zwei Stunden außer Bett gewesen. Ist sehr ruhig, verschlossen und spricht bei den Visten nur von seiner Entlassung. Bei der heutigen Exploration ist Pat. sehr weinerlich gestimmt; erzählt immer wieder von seinen Nerven, könne nichts behalten, (bei der Wiedergabe der Sterntalergeschichte erinnert er sich, daß es sich um ein armes Mädchen handle). In seinem Kopfe seien die Gedanken verwirrt. Stoßweise

bringt er die Worte hervor, wiederholt öfter Silben und Buchstaben; seine Sprache ist wiegend. Im Garten gefiele es ihm nicht, es sei alles zu viel für ihn, da spucke man aus vor ihm. Hier beginnt der Pat., einige Tränen zu vergießen, geht aber nicht aus sich heraus, sondern bleibt stumm. Seine Haltung ist einförmig, sein Gesicht ist apathisch, hält sich öfter ratlos den Kopf und reibt sich die Stirn. Sein Gang ist zögernd, langsam; kleine Schritte. Das Gewicht nimmt etwas zu; Appetit wird gut, Schlaf mässig.

Schrieb heute folgendes:

Berlin, den 25. 9. 12.

Mein Name ist E. G. A. N.,
geboren 19. 11. 1883. Religion evangelisch. (Besuchte die) bin bei meiner Großmutter Witwe N. zu T. großgezogen (Ich habe von Beruf Schneider verheiratet. Seit 1907 bin seit mehreren Wochen in der Scharitee. Habe letzter Zeit in der (Konfeksh) Konfeksjohn — branchse gearbeitet. Zuletzt gearbeitet bei Herrn F. G. Straße 36, mußte aber augenblicklich meine Arbeit einstellen, da ich mir durch über anstrengung mir eines doppelseitigen Bruch zugezogen habe".

15. 10. Seit etwa Ende vergangenen Monats ist Pat. etwas lebhafter. Steht für einige Stunden am Tage auf. Seit dem 5. 10. etwa ist Pat. tagsüber außer dem Bett; er steht früh mit den anderen zusammen auf, macht sein Bett und hält sich mit im Tagesraum auf. Rechten Anschluß an seine Mitpatienten hat er jedoch noch nicht gefunden; er sitzt meist allein für sich da, ist still, verschlossen, seine Gesichtszüge sind leer, ausdruckslos und ohne inneres Leben. Sein Appetit ist gut; das Körpergewicht nimmt langsam zu.

17. 10. Er weiß auf Vorhalten nichts davon, daß er hier in der Charité öfter geweint und unzusammenhängend gesprochen habe. „Ich kann mich auf nichts besinnen". Immer wieder fängt er mit seiner Bruchoperation an. Er weiß nur davon, daß er ins Virchow-Krankenhaus gebracht worden ist. Seine kurzen Aeußerungen laufen alle schließlich darauf hinaus, daß er jetzt gesund sei und hinaus wolle. Auffallend ist seine motorische Unruhe, die Nasenflügel werden bei der Atmung mitbewegt, öfter huschen zitternde Bewegungen über sein Gesicht. Auf dem Stuhle rutscht rutscht Patient hin und her, erhebt sich öfter halb, um zum Fenster hinauszusehen. Die ausgestreckten Hände zeigen ein feinschlägiges Zittern. Die Hand wird steif und eckig entgegengestreckt. Auf Fragen erfolgen nur einzelne kurze Antworten, manchmal erst nach längerer Zeit: „mir fällt das Sprechen mitunter schwer" — gibt er als Erklärung hierfür an. Was die übrigen Patienten tun und lassen, interessiert ihn weiter nicht. Auch für die Außenwelt hat er nichts übrig. Sagt, er müsse hinaus, um seinen Lebensunterhalt zu verdienen.

22. 10. In dem Verhalten des Pat. ist kaum eine Veränderung eingetreten; er fügt sich still in das Anstaltsleben, ist jedoch meistens in irgend einer Ecke, in sich verschlossen, mit traumverlorenen Augen und völlig apathischem Gesichte anzutreffen. Nie hat Pat. bis jetzt auch nur die geringste Neigung, sich irgendwie zu beschäftigen, gezeigt. Der Appetit bleibt dauernd gut und das Körpergewicht steigt langsam.

31. 10. Pat. wird auf Wunsch seiner Gattin zu einem Landerholungsaufenthalt entlassen.

Sein Zustand hat sich während des hiesigen Aufenthaltes gebessert.

Kurz vor Veröffentlichung dieser Arbeit hatten wir noch einmal die Gelegenheit, den Patienten zu sehen. Die Untersuchung auf körperliche Symptome hat außer einem zweifelhaften Babinsky rechts nichts Besonderes ergeben. Was das psychische Verhalten anbetrifft, so ist es, abgesehen von einer erhöhten Erregbarkeit, völlig normal. Das Gedächtnis des Pat. soll sich nach eigener Aussage in letzter Zeit gebessert haben.

Resumieren wir: Drei Wochen nach einer Hernienoperation tritt bei einem 30jährigen, erblich nicht belasteten Schneider ein Erregungszustand auf, der sich durch eine inkohärente Sprechweise und pathetisch-theatralische Stimmung kennzeichnet. Allmählich bekommen die psychischen Erscheinungen mehr depressiven Charakter, es entwickeln sich hypochondrische Verfolgungsideen auf halluzinatorischer Basis, Angstvorstellungen und Selblstvorwürfe. Mitunter tritt hier wieder ein ängstlich gefärbter Erregungszustand mit Wahnvorstellungen von traurigem Inhalt, weinerlicher Stimmung und meist exquisit zerfahrenem Rededrang auf. Dieser geht in einen katatonischen Stupor über mit hartnäckigem Mutacismus, vollständiger Apathie und Regungsllosigkeit. Auch dieser Zustand löst sich allmählich und geht in eine Genesung über. Auffalllend ist auch in diesem Falle die große motorische Unruhe, (Stereotypien!) neben ausgesprochenen katatonen Symptomen des Negatismus, der Katalepsie, Verbigeration, Manieren und des häufigen Hastens an monotonen Vorstellungen. Ferner ist noch die eigentlich charakteristische ängstlich-apathische dauernde Affektlage und die vollkommen gut erhaltene zeitliche ur l räumliche Orientierung in Erwähnung zu bringen.

Auf dem somatischen Gebiete ist neben lebhaften Patellar-,

Achilles-, Cornealreflexen und vorhandenen Bauch- und Cremasterreflexen, die etwas größer und leicht verzogene linke Pupille (Lichtreaktion und Accomodation prompt!), ferner das grobe Zittern der Zunge, der feinschlägige Tremor der Hände, die leichte Hyperidrosis, der ausgesprochene Romberg, der flüchtige Babinsky (bei der letzten Untersuchung im Januar 1914 wiederum ein zweifelhafter Babinski rechts, links deutlich —) und länger beobachteter Oppenheim rechts zu erwähnen.

Differentialdiagnostisch ist auch hier die Grenze gegenüber der progressiven Paralyse leicht zu ziehen. Berücksichtigen wir den negativen Wassermann, (Lumbalpunktion nicht ausgeführt) die prompte Lichtreaktion, die tadellose Orientierung, das verhältnismäßig gute Gedächtnis und die Sprache, ferner die dauernde und ausgesprochene ängstlich-apathische Affektlage, das Vorherrschen der katatonen Symptome, besonders der Sterotypien und endlich den fortdauernden traurigen Inhalt der Wahnvorstellungen, so kann die Dementia paralytica wohl ausgeschlossen werden.

Ferner könnte man an einen Tumor cerebri denken, doch ist das kaum anzunehmen.

Das Fehlen der kardinalen Zeichen einer Hirndrucksteigerung, der ganze Verlauf des Prozesses und sein jetziger Zustand lassen diese Annahme wohl ausschließen.

Gegen eine multiple Sclerose spricht auch in diesem Falle das Fehlen der pathognomonischen körperlichen Zeichen; andererseits haben wir keine sogenannte „polysclerotische Demenz" (Seiffer), wo die Kranken nicht stumm und interessenlos, sondern nur Gedächtnisschwach und langsam in ihren intellektuellen Leistungen sind, ferner die Anamnese selbst macht diese Annahme sehr unwahrscheinlich.

Auch eine symptomatische Psychose ist hier kaum anzunehmen. Berücksichtigen wir wiederum die im Falle I angeführten Erscheinungen, wie negativer Befund der inneren Organe, der fieberfreie Verlauf der Krankheit, sowie das Fehlen einer Intoxikation und einer gröberen Ernährungsstörung,

so läßt sich wohl auch in diesem Falle die symptomatische Psychose ausschließen.

Fall III.

H. W., 32jährige Schneidersfrau, als Kind schwächlich, Masern und Scharlach durchgemacht, mit 14 Jahren akute Polyarthritis; seitdem Herzklappenfehler. Pat. war, solange ihr Mann sie kennt, immer vernünftig, still und zufrieden; in der Schule gut gelernt. Menses seit dem 14. Jahre immer regelmäßig. Geringe hereditäre Belastung. Vater gesund, hatte im Geschäft viele Verluste, dadurch ist die Mutter „nervenleidend geworden; ist jetzt in R. wegen dieses Nervenleiden". Eine Schwester der Frau an Phthisis pulmonum gestorben. Verheiratet seit 1900, hat 7 Mal geboren, zuletzt am 30. 1. 13; fünf Kinder leben, zwei Fehlgeburten. Während der letzten Schwangerschaft (Zwillingsschwangerschaft) hat Pat. viel geweint; wenn jemand ihr sagte, daß sie schwanger sei, fing sie gleich an zu weinen, und war traurig; hat ihrem Manne über ihren Zustand Vorwürfe gemacht. Während der Geburt des zweiten Kindes bekam sie einen heftigen Schreck, schrie laut auf. Nach der Geburt trat Mastitis auf. Pat. fühlte sich darüber sehr unglücklich. Vor 14 Tagen eine Incision in die rechte Brustdrüse gemacht. Seitdem war Pat. sehr unruhig, bekam Kribbeln in den Beinen und Händen, war geschlechtlich sehr aufgeregt. Abends trat bei ihr Angst auf, sie glaubte, sie müsse sterben; dabei hat sie gestöhnt. Diese Zustände wiederholten sich etwa 3 Mal in 14 Tagen. In den letzten Tagen war Pat. wieder ruhig, schlief gut. Am 11. 3. bemerkte der Mann, daß Pat. still im Bett saß, vor sich hin stierte, und auf Fragen keine Antwort gab. Wenn ihr Mann zu ihr trat, schloß sie die Augen und lag bewegungslos im Bett; wenn er das Zimmer verließ, bemerkte er, daß sie die Augen wieder öffnete. Sie stand manchmal auf, zog sich an und äußerte, sie wolle weg — gefragt wohin —, antwortete sie: „ich weiß nicht". Wenn die Angehörigen am Morgen aus dem Bett stiegen, sagte Pat., sie sollen nicht so viel reden, sondern weggehen. Bei der Fahrt nach der Charité, saß sie stilll im Auto, äußerte nur zeitweise: „ich will nicht". Pat. hatte in der letzten Zeit Kopfschmerzen.

Am 12. 3. 13 wurde sie der Psychiatrischen Klinik der Kgl. Charité überwiesen.

13. 3. 13. Status Somaticus: Pat. ist mittlegroß von mäßigem Ernährungszustand, nicht besonders kräftiger Muskulatur. An der rechten Brust eine 5 cm lange Wunde und ein Defekt von der Größe eines Dreimarkstückes. Leichte Struma. Pupillen reagieren prompt auf Lichteinfall. Corneal- und Conjunktivalreflexe normal, geringer Nystagmus, Convergenzreaktion +, Trigeminus, Facialis o. B., Hypoglossus: Zunge wird gerade herausgestreckt, ist etwas belegt.

Obere Extremitäten: Mot. Kraft schwach, Triceps- und Radialisperiostreflexe vorhanden.

Bauchdecken schlaff, stark pigmentiert, in der unteren Partie des Abdomens sind deutliche Striehe zu sehen, Bauchdeckenreflex bd. +.

Untere Extremitäten: Tonus, mot. Kraft o. B., lebhafte Patellarreflexe, Achillesreflexe +, Patellarclonus rects und links, auch Fußclonus. Babinski nicht vorhanden, ebenso, Oppenheim; rechts Fächerphaenomen, Gang o. B.

Sensibilität: Nadelstiche werden unterschiedslos empfunden. Nervenstämme nicht druckempfindlich. Lungen o. B., Cor: leichte Pulsbeschleunigung. Urin: Alb. — Sacch. — keine Temperaturen.

14. 3. Bei der Aufnahme ist Pat. ein wenig ängstlich, drängt heraus, antwortet abgerissen, blickt ins Leere, der hochgehobene Arm bleibt in dieser Stellung, dann sinkt er langsam herunter.

Sie weiß nicht, warum sie hier sei.

Bricht mitten im Satz ab, fragt erstaunt „wie?“ zeitlich, räumlich genau orientiert, bestreitet geisteskrank zu sein. Auf Fragen wegen ihres Verhaltens zu Hause, sagt sie nur: „ich weiß ja nicht“. Aeußert Angst, sie will nicht in die Kammer, wo sie hingebracht zu werden glaubt. Sie solle in eine dunkle Kammer und dort nichts zu essen und trinken bekommen, eine Pflegerin und eine Kranke hätten ihr es gesagt. Das Denken ginge schlechter, sie würde immer betäubt im Krankenzimmer; es rieche so schlecht im Zimmer. Klagt darüber, daß ihr das Sprechen mitunter schwer falle. Wenn man von indifferenten Dingen spricht, wird Pat. lebhafter. Klagt über Müdigkeit; ihre Bewegungen sind schlaff und energielos. Gibt man ihr Aufträge, so fragt sie erstaunt, was sie soll. Ueber Halluzinationen ist nichts Näheres zu ermitteln. Alle Aufforderungen müssen mehrmals wiederholt werden; aufgefordert, zurückzugehen in ihr Zimmer, ruft sie ängstlich: „nicht hauen, nicht in die Dunkelkammer sperren“. Als der Augengrund untersucht wird, sagt sie: „Sie wollen mich blind machen“. In der Nacht sehr unruhig.

15. 3. Aufgefordert, zur Untersuchung die Strümpfe auszuziehen, fragt sie ängstlich, ob man ihr etwa die Beine abschneiden wolle. Pat. war in der Nacht vom 14. zum 15. sehr unruhig und laut. Sie rief andauernd: „Schwester, was hab ich denn gemacht; Schwester, was soll ich tun; Schwester, ich habe das nicht getan. Gift haben Sie mir in die Milch, Schwester, ich habe doch solche Angst. Die Welt ist zu Ende, meinetwegen; die Menschen sind alle halb tot, halb lebendig. Die Welt kann wegen mir nicht weiter gehn.

16. 3. Auf der unruhigen Station war sie den ganzen Tag unruhig, starker Angstaffekt. Auf Vorhalten der ängstlichen Aeußerungen: „da habe ich mir das so gedacht“. Motiviert dann weiter ihre Vor-

stellungen mit ihrer Angst. Sitz der Angst — im Herzen. Wiederholt oft bei einzelnen Fragen: „das weiß ich nicht", oder „da muß ich erst mal denken". Blickt sich dann ängstlich um und fragt, ob ihre Tochter nicht dort sei. Hört die Stimmen ihrer Kinder, antwortet darauf. Somatisch sind Patellar- und Fußclonus festzustellen.

17. 3. Als sie gestern Besuch hatte, war sie ruhig und unterhielt sich verständig. Kaum war sie allein, sagte sie, man habe ihr oben gesagt, ihr Mann wäre tot.

Gesichtshalluzinationen: Sie habe ihren Mann heute im gegenüberliegenden Bett schlafen sehen. Der Fußclonus war heute nicht auszulösen, nur Spuren vom Patellarclonus.

18. 3. Unvermittelter Wechsel zwischen ratloser Angst und geordnetem Verhalten. Zeitlich nicht genau orientiert. Bestreitet immer alle von ihr getanen Aeußerungen und Handlungen. Wird leicht durch die Vorgänge der Umgebung abgelenkt. Nahrung ausreichend, muß mitunter gefüttert werden. Meldet sich zum Austreten. Drängt aus dem Bett, ist besonders in der Nacht sehr unruhig. Sprang in der Nacht vom 17. zum 18. plötzlich aus dem Bett, fing laut an zu weinen und wollte den Tisch der Pflegerin umwerfen. Patellar- und Fußclonus fehlen.

25. 3. Keine Krankheitseinsicht. Sitzt meist aufrecht und teilnahmslos im Bett. Keine Versündigungsvorstellungen; gefragt, ob sie bei ihrer Einlieferung krank gewesen sei, erklärte sie, sie hätte damals Angst gehabt, wäre aber jetzt davon frei. Hatte Besuch von ihrem Mann und ihrer Schwester; während desselben beginnt sie dann plötzlich zu weinen. Nach dem Grunde befragt, gibt sie an, sie ängstige sich um ihren Mann. Er wäre ihr heute so sonderbar erschienen, daß sie nicht glauben könne, es sei ihr richtiger Mann gewesen, sondern es sei nur sein Geist gewesen.

29. 3. Affektlage meist ängstlich. Als eine neue Kranke gebracht wird, die sich etwas sträubt und laut ist, springt sie aus dem Bett mit ängstlichem Gesichtsausdruck und fragt, was sie solle und was man ihr denn tun wolle. Hält an ihren Vorstellungen, die sie über ihren Mann geäußert hat, fest.

Fußclonus nicht mehr auszulösen. Rechts Patellarclonus. Nystagmus besonders beim Blick nach links.

3. 4. Pat. wehrt sich gegen die Arznei. Bekommt dann plötzlich einen hysteriformen Anfall. Macht mit Armen und Beinen weit ausfahrende Bewegungen. Wirft sich im Bett umher, wirft den Kopf nach hinten, so daß es zu einer Hyperextension des ganzen Körpers kommt. Schreit dabei schrill auf. Verfolgt dabei

die Vorgänge in ihrer Umgebung; beantwortet Fragen, die an sie gestellt werden. Kommt Aufforderungen nach, z. B. den Arm auszustrecken, die Finger zu spreizen und die Zunge zu zeigen. Will dann aus dem Bett springen.

Patellarclonus beiderseits ziemlich langdauernd, ebenso Nystagmus. Kein Fußclonus, kein Babinski.

5. 4. Nystagmus nicht mehr so deutlich, beim Liegen etwas stärker als beim Sitzen. Katatonische Stellungen, beim Essen hält sie den Arm lange in gebeugter Stellung. Hält die Bettdecke lange in unbequemer Lage fest. Nimmt Nahrung erst nach längerem Widerstreben zu sich. Keine spontanen sprachlichen Aeußerungen.

9. 4. Macht eigentümliche rhythmische schüttelnde Bewegungen mit dem Kopfe.

Affektlage ängstlich und ratlos. Nach dem Besuch ihres Mannes behauptet sie noch Stunden nach seinem Weggange — „er muß noch da sein".

12. 4. Pat. ist seit zwei Tagen auf der ruhigen Abteilung. Sie sitzt meist im Bett, sieht vor sich hin und dreht fortwährend einen Zipfel der Bettdecke zwischen den Fingern. Auf Fragen antwortet sie nur immer: „wie", „was", „ich weiß nicht". Glaubt noch immer, daß ihr Mann im Krankenzimmer sei.

Nahrungsaufnahme: Pat. muß meist gefüttert werden.

30. 4. Pat. liegt noch immer ruhig im Bett, hält die Augen meist geschlossen und spricht unverständliche Worte vor sich hin, nagt oft an den Nägeln; befolgt die Aufforderungen, aus dem Bett zu kommen nur zögernd. Bei der Untersuchung ist Pat. sehr widerstrebend; ebenso bei der Nahrungsaufnahme.

10. 5. Pat. läßt seit gestern spontan keinen Urin. Warme Bäder waren ohne Erfolg; mußte katheterisiert werden, dabei leistete sie großen Widerstand.

15. 5. Läßt spontan Urin. Liegt im Bett, Bettdecke über den Kopf gezogen. Zeigt kein Interesse für die Umgebung, beim Besuch lebhafter. Zieht Federn aus dem Bett und zupft fortwährend daran. Stößt einzelne weinerliche Laute hervor. Aufgefordert, den Arzt zu fixieren, tut sie es nicht, spielt mit den Fingernägeln. „Haben Sie Schmerzen? garnicht". „Wer ich, weiß ich das nicht, nicht". Beantwortet alle Fragen, nur: „ich weiß nicht". Bestreitet, krank zu sein. Gibt als Datum den 21. Mai, Montag an. Weiß, wo sie ist. Warum man sie hergebracht habe, wisse sie nicht. Aengstlich. Bei spontanen Bewegungen leistet Pat. nur anfänglich Widerstand, nachher läßt sie sich schlaff hin und her bewegen. Auf Nadelstiche erfolgen lebhafte Abwehrbewegungen. Gesichtsausdruck zeigt einen

ängstlichen Affekt. Aufgefordert, in ihr Zimmer zu gehen, tut sie es, bleibt aber am Bettrand stehen.

10. 6. Pat. liegt mit gespanntem Gesichtsausdruck im Bett, der Kopf wird meist etwas erhoben gehalten. Pat. drückt öfter einen Faden zwischen den Fingern, murmelt stets: „ich will zu meinem Mann Robert". Wenn man sich ihr nähert, hört sie auf, zu murmeln.

20. 6. Nahrungsaufnahme verringert; läßt spontan Urin. Kopf stundenlang leicht vornübergebeugt im Bett, den Blick auf die Bettdecke gesenkt, ohne ein Wort zu sprechen. Während des ganzen Aufenthalts (12 Wochen) 100 Pfund abgenommen.

26. 6. Pat. wurde in ungeheiltem Zustande nach B. entlassen.

Im wesentlichen hat sich ihr Zustand bis jetzt noch gar nicht geändert, seit dem 26. 9. 13 bietet sie das typische Bild des katatonischen Stupors dar. Pat. gibt keine Antworten, zuweilen spricht sie nur vor sich hin, nimmt keine Nahrung auf, ist sehr unsauber. Körperlich ist mitunter einen Fußclonus rechts (nur einige Schläge) festzustellen, sonst unverändert.

Ueberblicken wir die Krankheitserscheinungen dieses Falles, so sehen wir, daß bei einer 32jährigen, hereditär belasteten Schneiderfrau, während der letzten Schwangerschaft sich allmählich eine depressive Gemütsverstimmung einstellt, die sich besonders durch ihren hypochonrischen Charakter auszeichnet. Nach der Geburt bekommt sie eine Mastitis und ganz plötzlich verschlimmert sich ihr psychisches Verhalten, neben Angtsvorstellungen, Schlaflosigkeit, sexueller Aufregung treten Versündigungsideen und andere Wahnvorstellungen auf. Kurz darauf folgt ein ängstlich gefärbter Erregungszustand, der sich aus einer Häufung sinnloser Handlungen und Bewegungen zusammensetzt. Nach wenigen Tagen tritt eine Beruhigung ein und allmählich verfällt sie in den katatonischen Stupor, der noch bis jetzt immer fortdauert. Gleichgültigkeit, Interesselosigkeit, Mutacismus, mitunter nur Vorsichhinmurmeln, Widerstreben, Unsauberkeit, kurz das typische Bild der „gemütlichen Stumpfheit" (Kraepelin) steht im Vordergrunde des jetzigen Zustandes. Sonst ist wiederum die große motorische Unruhe, die eigentümlichen katatonischen Stellungen, Manieren, Befehlsautomatie, Flexibilitas cerea, der ausgesprochene Negativismus, zuweilen kataleptische Neigungen, endlich die Verbi-

geration und Parabulie in Erwähnung zu bringen. Ferner das Auftreten von zahlreichen akustischen Halluzinationen von mehr traurigem Charakter, sowie die fortwährende ängstliche Affektlage und die vollkommen erhaltene Orientierung sichern das charakteristische Bild der Katatonie.

Auf dem körperlichen Gebiete ist eine Reihe von Erscheinungen zu verzeichnen. Neben lebhaft gesteigerten Patellarreflexen und vorhandenen Achilles- und Bauchdeckenreflexen konnte man eine lange Zeit hindurch einen ausgesprochenen Patellarclonus (rechts längere Zeit als links), sowie auch wenige Tage einen Fußclonus beobachten. Ferner ist noch die leichte Struma und der geringe Nystagmus, besonders beim Blick nach links, zu erwähnen. Ueber die Pathologie des letzteren müssen wir zur Zeit mit einer gewissen Vorsicht sprechen, da er gelegentlich auch bei Geistesgesunden beobachtet werden kann.

In diesem und vorigen Fällen will ich ihn doch als organische Störung aufgefaßt wissen, da er hier im Zusammenhang mit anderen organischen Erscheinungen festgestellt wurde.

Differentialdiagnostisch kämen hier wiederum die im Falle I genannten Erkrankungen in Betracht.

Vergleichen wir aber die in diesem Falle zur Beobachtung gelangenden Erscheinungen mit den bereits wiederholt angeführten Symptomen der anderen Psychose, so bleibt wohl kaum ein Zweifel an unserer Diagnose, **Katatonie, bestehen.** Höchstens könnte man vielleicht an eine Kombination mit multipler Sclerose denken. (Nystagmus, Patellar- und Fußclonus). Wohl aber, scheint es sehr unwahrscheinlich zu sein. Das Fehlen der übrigen körperlichen Symptome, wie Intentionszittern, Babinski, spastisch paretischer Gang, das Vorhandensein von Bauchdeckenreflexen, sowie das Intaktbleiben der Sprache, der Verlauf der Psychose und die Anamnese selbst machen diese Annahme sehr unwahrscheinlich.

## Fall IV.

Pat. B. E., eine 44 Jahre alte Försterfrau. Pat. soll in der Jugend nach Aussagen der Mutter normal gewesen sein. Schwester geisteskrank. Pat. steht in den Wechseljahren, seit dieser Zeit stets Kopfschmerzen. Schulbesuch gut. Ehe seit 16 Jahren. Menses früh begonnen — zuletzt immer unregelmäßig. Ein Kind in erster Ehe 4 Monate alt gestorben.

Aborte: 2 oder 3. Letzteres vor 2 Jahren.

Frühere geistige Erkrankung nicht bekannt.

Anfang September 1913 starb der Bruder der Pat. Bei der Beerdigung brach Pat. zusammen. Seither Gemütserregung, führte irre Reden; z. B. der Mann sei nicht mit ihr verheiratet. Pat. war ängstlich im Hause, saß still herum, starrte vor sich hin, angesprochen, bedurfte es längerer Zeit, bis sie antworten konnte. Sie stöhnte oft auf, klagte über Angst am Herzen.

Am 15. 10. wollte Pat. die Hühner hineintreiben, stieg die Bodentreppe hinauf und fiel dann durch die Bodenluke auf den gepflasterten Hof, 3 bis 4 Meter. Kein Erbrechen, keine längere Bewußtlosigkeit, kein Bluten aus dem Ohr. Pat. sprach dann davon, daß sie sich verfolgt geglaubt hätte und aus der Luke gesprungen wäre. Die Angehörigen haben nie etwas von Ahoasmen oder Halluzinationen wahrgenommen. Auch keine Beeinträchtigungsideen. Der Schlaf sei gut, ebenso der Appetit. Pat. sei jetzt eben im Gegensatz zu früher eine sehr stille Frau, früher sei sie recht heiter gewesen.

Am 7. Oktober ein heftiges Weinen. Sie habe sich ins Bett gelegt, frische Wäsche angezogen und zum Mann gesagt, er könne sie in eine Anstalt bringen, obwohl dieser nie eine derartige Aeußerung getan habe; Pat. sei früher nie nervös gewesen, nie Zank mit dem Mann. Sie äußerte aber einmal die Besorgnis, daß sie im Klimaterium im Kopf nicht richtig werden könne.

16. 10. Aufnahme.

Pat. wird mittags von ihrem Mann gebracht. Sie macht einen ängstlichen Eindruck. Sie antwortet leise, fast unverständlich. Manche Fragen werden nicht beantwortet, anscheinend schlechte Auffassung. Nachher sagt Pat. selbst, daß ihr das Sprechen schwer fällt. Verschiedene Fragen beantwortet sie nach längerem Ueberlegen falsch; z. B. sie habe keine Kinder und sei nicht verheiratet. Zeitlich ist die Patientin gut orientiert, örtlich dagegen weniger. Sie spricht erst davon, im Gerichtssaal, nachher im Krankenzimmer zu sein. Pat. zupft ängstlich an ihrer Jacke, die sie für eine Gefangenen-

tracht hält. Pat. stöhnt oft auf, macht desolaten Eindruck. Auf Befragen sagt dann die Pat., sie sei in der Kaiserlichen Charité und mit dem Kaiserlichen Automobil gekommen.

Spontan: ich habe mich eigentlich auf die linke Hand trauen lassen, wir haben uns verlobt und gleich geheiratet, ohne die Ringe vorher zu wechseln. Dauernd behauptet Pat., sie sei nicht Frau B. „Haben Sie Angst?" „Nein, ich habe viel auf dem Gewissen. Ich habe schlecht gehandelt". Inwiefern? „Die Eltern auch beleidigt". Ihre Eltern? „Nein." Spontan: Ich weiß gar nicht, was ich anfangen soll durch die vielen Hin- und Herreden. Seit wann sind Sie schon in so schlechter Stimmung? „Jetzt durch das viele Hin- und Herreden bin ich ganz wirr im Kopf". Warum waren Sie gestern so aufgeregt? „Ja, ich war aufgeregt". Wie kam denn der Sturz zustande? „Ich ging die Bodentreppe hinauf und weiß nicht, ob mir schwindlig wurde oder ob ich fehlgetreten bin".

Status somaticus: Mittelgroße Frau, starke Adipositas. Infolge einer durch Sturz zugezogenen Verletzung (anscheinend Fraktur der Patella) ist Pat. sehr schwer beweglich.

Kopf. Pupillen: rechts deutlich verzogen, links rund.

Weite normal.
Lichtreaktion: + r. = l. Cornealreflexe: + r. = l.
Corneasensibilität: intakt. Facialis: intakt.
Hypoglossus intakt.
Augenbewegungen: frei. Kein Nystagmus.
Hintergrund: o. B.

Rumpf: Bauchreflexe: vorhanden.
Sensibilität: intakt
Cor: Geräusche an der Pulmonalis. Tachykardie.
Puls: 108—120.
Lungen: o. B. Urin: o. B.

Obere Extremität: Trophisch. Tonus o. B.
Grobe Kraft: nicht zu prüfen.
Radius periost reflexe: + r. = l.
Triceps-reflelx: + r. = l. Sensibilität: +.

Untere Extremität: Patellarreflexe links lebhaft, rechts nicht zu prüfen.

Patellarfraktur: Schwellung des rechten Knies, teilweise des Ober- und des Unterschenkels. Schmerzempfindung.

Achillesreflexe: links +, rechts nicht zu prüfen.

Babinski: beiderseits nicht auszulösen. Oppenheim links vorhanden, rechts nicht auszulösen. Leichte Hypotonie der Beine.

Heute am Morgen ist die Pat. wiederum sehr ängstlich. Sie hat nachts, wie sie auch selbst angibt, sehr wenig geschlafen,

Laut Wachbericht drängte sie stets aus dem Bett. Pat. gibt spontan an, der „Allerhöchste" habe ihr befohlen, aus dem Bett zu kriechen, aber es sei so schlecht gegangen. Sie hätte immer wollen, aber nicht können. Der Befehl hätte geheißen: „Raus Du Sau!" Sie habe immer mit offenen Augen daliegen und hinunterblicken müssen.

Auch vormittags drängt Pat. aus dem Bett, um dem Ruf zu folgen. Sie wisse schon, wer es sei, sagt es aber nicht. Pat. liegt meist ziemlich still mit ängstlichem, ratlosem Gesichtsausdruck, bewegt die Augen unruhig hin und her, befolgt Aufforderungen gar nicht oder unvollkommen, antwortet auf Fragen gar nicht oder sehr langsam, von ängstlichem Umhersehen unterbrochen. Sie glaubt, gerufen zu werden, hört klopfen. Aeußert: „Ich bin doch gar nicht reingekommen, bin doch hier abgelagert. Was soll ich denn hier im Kerker?"

Pat. gibt am Nachmittag an, sie müsse heraus, die Post und die Elektrische führen im Walde ab, die Eisenbahn und auch Schiffe, die Brücke müsse gezogen werden. Auf die Frage, wo sie sei, meinte sie, in Teupitz. „Das hängt doch alles so zusammen". Darauf meint sie, sie sei in der Königl. Charité. Den Arzt bezeichnet sie nicht richtig, sieht ihn ratlos an, sagt dann: „Hier ist doch alles, der Kaiser, der Hof und alle". Auf den Vorhalt, daß es ein Krankenhaus sei, meint sie, sie habe habe doch vorhin schon heraus gemußt, es habe doch geklingelt, die Elektrische wäre da doch auch gefahren.

18. 10. Pat. liegt dauernd unruhig im Bett, reißt von ihrem Verband Stücke ab, steckt sich Watte davon in die Vagina. Sie greift Worte aus der Umgebung auf und antwortet darauf, meint, sie müsse ihr eigenes Fleisch essen. Oft spricht sie die Sätze nicht zu Ende, spricht davon, heute früh sei Wäsche angeschwommen gekommen, „wir sind immer näher aufgerückt, es kommen immer mehr Schränke heraus. Ich kenne die Kinder nicht mehr, weil ein Schrank nach dem andern herunter purzelt". Wo sind Sie? „Wir sind schon durch Berlin durch! Zu Hause? Nein".

Weitere Fragen beantwortet sie nicht, wiederholt immer „Ja, gewiß". Behauptet, sie heiße nicht Frau Bindrichs, sie sei früher einmal Frau Bindrichs gewesen. Schläft zeitweise, wird gegen Abend sehr unruhig, beruhigt sich auch auf 0,001 Hyoscin und 0,01 Morph. nicht, versucht fortwährend aus dem Bett zu steigen.

21. 10. Pat. liegt durchaus benommen im Bett, antwortet nicht, befolgt keine Aufforderungen. Fieber 38,7°; beide Augenlider hängen etwas herab, die Augen sind halb geschlossen.

Pupillenreaktion rechts etwas weniger ausgiebig als links. Oppenheim links zweifelhaft.

Die passiv erhobenen Arme werden einige Zeit in der gegebenen Stellung gehalten. Passive Bewegungen, die mit den Armen gemacht werden, werden nach dem Loslassen der Arme fortgesetzt. Dann hält sie die Arme im Ellenbogen gebeugt in Mittelstellung zwischen Pro- und Supination starr in die Luft. Danach wiederholt sie dieselben Bewegungen. Vom Arzt vorgemachte Bewegungen macht sie nach. Auf die an die Pflegerin gerichtete Frage, ob sie Auswurf habe, antwortet Pat.: „Heute Auswurf!" Sind Sie krank? „Nein".

Pat. fixiert den Arzt nicht.

Das Essen hält sie längere Zeit im Munde, prustet es aus, schluckt nur wenig, aber ohne Anstrengung. Urin hält sie zurück. Gegen Nadelstiche Abwehrbewegungen. Puls ist ziemlich hart, frequent.

Haben Sie Angst? „Nein". (kurz abgebrochen.) Tut etwas weh? „Ich habe ja doch — — —"

Beim pass. Anheben des Kopfes erfolgt starke Anspannung der Nackenmuskulatur. Seitliche Bewegungen frei.

„Hier gebe ich doch meine Hand noch nicht frei!" Die an die Wärterin nach Roseolen gerichtete Frage greift sie auf: „Was holen?" Sind Sie vergnügt? „Nein, ich bin beim Arzt". Weshalb? „Das stimmt nicht, hier war ich erst!" Pat. macht drehende Bewegungen mit dem Kopf, sagt dann: „Nehmt doch den schwarzen Kopf weg!" Zählen Sie! 1, 2 . . (richtig ausgeführt) Monate! Januar! „Johanne war — sagt sie nicht". Wochentage: Sonntag . .! „Sonntag — Fimbich — In — Einen — Enten — Weine. Pat. zählt diese Worte langsam, abgebrochen auf, als seien es die richtigen Namen der Tage. 2 + 1? „Die ist ja verkotzt, verdreht." (Wortverdrehung?) 2 + 1? „1, 2, 3 . ." Pat. kommt ins Zählen. 2 Aepfel + 1 Apfel? „1 Apfel". Als die Uhr vorgehalten wird, zeigt Pat. auf den Zeiger, der auf 1 steht, beginnt wieder zu zählen. Ruft dann: „Pauline!" Den vorgehaltenen Schlüssel fixiert sie nicht. Ein brennendes Streichholz bläst sie nicht aus, auch nicht, als es dicht an die Nase gehalten wird. Wie alt sind Sie? „Jetzt auch in Berlin". Die in die Hand gegebene Streichholzschachtel dreht sie ratlos in der rechten Hand herum, ohne die linke zu Hilfe zu nehmen, die sie anscheinend dauernd an den Genitalien hat. Schließlich hält sie die Schachtel fest. Als ihr ein Streichholz und die Schachtel gegeben wird, hält sie beide Gegenstände ganz ungeschickt, ohne auf Aufforderung das Streichholz anzuzünden. Darauf beginnt sie mit dem r. Arm wieder kreisende Bewegungen, dann einige Spontanäußerungen: „Was hör' ich denn da? Darauf hätte ja mein Mann gepipt!" Wie alt? „Da hat mich mein — Haben Sie Kinder? „Nein". „Da hat mich ein schwarzer — Russe — in den — in den — Entenhals gesteckt!" Die letzten beiden Worte in sin-

gendem Tonfall, im Ton einer Litanei. Pat. bewegt dann dauernd den Kopf. Warum bewegen Sie den Kopf? „Kopf? — Entenkopf". „Hier hat man in einen — Entenschnabel — geschifft!" Bald euphorischer, bald ängstlicher Gesichtsausdruck.

24. 10. Pat. sitzt aufrecht im Bett — scheuert beständig mit einem Fuß. Sie ruft bald nach rechts, bald nach links und zu jedem der in die Nähe ihres Bettes kommt: „Nochmal, bitte bestellen Sie es nochmal, schwingt nochmal, nochmal, bitte nochmal — Hinten, hinten, winken, winken. Nein, nein, er hat recht, nochmal, nochmal. Der kleine Hans, der kleine Hans. Ach Gott, ach Gott nun nochmal" usw.

Wassermann negativ.

25. 10. Blut: Haemoglobin 80%.

Blutkörperchen: 4 800 000 rote, 7 500 weiße; Ficker — Vidal —

Urin: Frei.

Pat. macht greifende und suchende Bewegungen. Heute klagt Pat. dauernd ach — ach — ach — ach, mit langgezogenem, oftmals singendem Ton.

Pat. erhält eine Packung, in der sie sich schnell beruhigt. Pat. hat eine Facialisstörung. Der linke Mundwinkel hängt dauernd etwas herab.

Ausgesprochener Oppenheim links.

27. 10. Pat. liegt seit gestern ganz ruhig, antwortet nicht, befolgt keine Aufforderungen, spricht auch nicht spontan.

29. 10. Lumbalpunktion:

Es entleert sich langsam, tropfenweise, klare Flüssigkeit. Phase I: klar, Phase II: leicht opalescierend, kein Eiweiß. Keine vermehrte Lymphocytose.

Wassermann: negativ.

Pat. ist benommen, widerstrebend, spricht nicht, antwortet nicht ganz sinnlos, ist zeitweise unruhig.

31. 10. Pat. macht seit gestern einen freieren Eindruck. Beim Besuch erkannte sie die Schwester, fragte spontan nach ihrem Mann, wie es zu Haus ginge, wo sie hier wäre. Zwischendurch auch verwirrte Aeußerungen, sie sei durch die Arme und durch den Rücken geschossen, die Kugel säße in der rechten Seite; klagte über Schmerzen dort. Objektiv zeigt sich Dämpfung, bezw. Schallverkürzung im r. Unterlappen, wieder hohes Fieber 40,6°, wenig Husten. Puls beschleunigt flacher.

Ord.: Digital., Coffein.

Befund: An der rechten Lunge unterhalb des 5. Brustwirbels hinten und seitlich Dämpfung mit Tympanie; mittel- und kleinblasige Geräusche.

Herzdämpfung nicht verbreitert.

Ord.: Prießnitzpackung, Digitalis 3,0 hintereinander.
Expertorans — Inf. Ipecac. 0,75/200.

Pat. antwortet auch am Nachmittag prompt, faßt gut auf, sieht sich ziemlich lebhaft im Zimmer um. Sie gibt an, sie habe keine Schmerzen, nur die Ketten unter den Armen drückten sie. (Pat. meint wohl den Prießnitzumschlag). Außerdem habe sie am Fuß etwas verloren. Pat. benennt den Arzt richtig, nennt den Namen der Pflegerin, gibt auf Fragen prompt und richtig Antwort. Sie gibt an, daß sie in der Charité ist, bleibt auch auf mehrfache Fragen dabei, nennt die Oberpflegerin die hohe Frau aus der Charité. Ueber die Dauer ihres Hierseins sagt sie, es sei wohl schnell gegangen, zeitlich ist sie nicht orientiert, weiß Tag, Monat, Jahr nicht zu nennen. Von den vergangenen Tagen weiß sie nichts.

Am Abend meint Pat. wieder, sie habe unten etwas verloren, es sei etwas geplatzt. Da unten fehle doch eine Hand; die Leber sei doch auch rausgefallen. Sie habe doch hier immer in einer Wiege gelegen, dabei habe sie doch gehört, wie die Eingeweide herausgefallen wären. (Pat. hat Fieber 40,7°.)

1. 11. Temper.: 38,8—40,2°. Pat. ist dyspnoisch, bis zum Mittag ziemlich somnolent.

2. 11. Temper.: 38,6—40,3°. Pat. sieht etwas lebhafter aus, klagte über Schmerzen in der r. Seite.

3. 11. Klinische Vorstellung:

Die Pat. friert, sagt: „Decken Sie mich nicht auf!“ Die Atmung ist frequent, das Gesicht etwas kongestioniert. „Herr Arzt, ich möchte bitten, wir haben uns ja drüben schon gesprochen!“ Sie erkennt also zurzeit den Arzt richtig. Dann manipuliert sie, spielt an der Bettdecke, an den Kleidern. Auf die Frage nach dem Namen keine Antwort. Heißen Sie Bindrichs?) „Ja“. — „Ich möchte zu meinem Mann“.

Jetzt hat sie kein Krankheitsgefühl; sie hält sich für eine Wöchnerin. Gestern äußerte sie schon, sie habe ihre Eingeweide verloren, ihre Leber sei herausgefallen, und ähnliches. Pat. ist zeitweise orientiert, hat ja eben den Arzt erkannt.

Pat. faßt sich immer an den Hals. Was haben Sie am Hals? „Ich bin eine Wöchnerin“. Haben Sie denn ein Kind? „Das kann Ihnen Nebensache sein“. Ist hier eine Kirche? „Ach — das wissen doch Sie!“ Krankenhaus? „Es kann ja etwas höher sein!“

Der Bewegungsdrang besteht unverändert weiter. Die Orientierung wechselt; meist ist sie schlecht. Wer bin ich? „Ich weiß nicht“. Mit dem weißen Mantel? — Arzt? — „weiß nicht“. Die Orientierung ist zeitlich, örtlich und zur Person schlecht, ebenso die Erinnerung an die letzte Zeit.

4. 11. Am Nachmittag die Dyspnoe, noch stärker. Pat. sieht stark cyanotisch aus. Schmerzen hat sie angeblich nicht. Puls sehr schwach, 150. Fieber 40,3—40,7°. 8½ Uhr Exitus.

Sektionsbefund.

Gehirn: Starkes Piaoedem.

Lungen: Pneumonie. Eitrig pneumonischer Herd im rechten Unterlappen mit frischer Pleuritis neben alten Adhäsionen. Allgemeine Hyperaemie der Lungen.

Mikroskopische Präparate sind leider nicht gemacht worden.

Ueberblicken wir den Krankheitsverlauf noch einmal kurz, so läßt er sich folgendermaßen zusammenfassen: Eine 44jährige hereditär belastete Förstersfrau erkrankt nach dem Tode ihres Bruders ziemlich akut unter dem Bilde eines Depressionszustandes, der sich besonders durch das Auftreten von hypochondrischen Wahnideen und Angstvorstellungen kennzeichnet. Dem kurz nachher sich entwickelndem ängstlich gefärbtem Erregungszustande, folgen die bis zum Exitus dauernden charakteristischen Züge des katatonischen Stupors. Die zuerst gute Orientierung wechselt später in ihrer Beständigkeit, kann wohl im allgemeinen als gut erhalten betrachtet werden. Neben ausgesprochenen und dauernden Bewegungs-, Handlungs- und Haltungsstereotypien ist noch das Vorherrschen der übrigen katatonen Symptome, des Negativismus, der Katalepsie, der Flexebilitas cerea, der Befehlautomatie, der Echopraxie, der Verbigeration und mitunter der pathetisch-theatralischen Sprechweise in Anschlag zu bringen. Dazu kommen noch die vorwiegend akustischen Halluzinationen, oft mit Reaktionen auf diese, die groben Assoziationsstörungen im Sinne der vollkommenen Zerfahrenheit des Gedankenganges, die von vornherein auffallende ängstliche, mitunter mehr apathische Affektlage, die das Bild unserer Psychose ergänzen.

Auf dem körperlichen Gebiete sind außer überall erhaltenen und lebhaften Patellarreflexen (rechts wegen der Fraktur nicht zu prüfen) eine deutlich verzogene rechte Pupille, zuweilen mit wenig ausgiebiger Lichtreaktion, ein vorübergehender ausge-

sprochener Oppenheim links und leichte Hypotonie der unteren Extremitäten festzustellen.

Differentialdiagnostisch käme hier, selbstverständlich in erster Linie, eine symtomatische Psychose in Betracht. Indem sich an den gewöhnlichen Verlauf der Katatonie plötzlich eine doppelseitige Pneumonie angeschlossen hat, hat sich das vorher bestandene psychische Bild demgemäß verändert. Orientierungsschwankungen, Benommenheit, Merkfähigkeitsstörung, Pseudoreminiszenzen, gesellen sich dazu, kurz das typische Bild des Korsakowschen Syndrom tritt in allen seinen Zügen auf. Dieser Zustand ist aber auf dem Boden der Pneumonie entstanden. Es handelt sich dabei um ein episodisch sich im Verlauf der Katatonie einschiebendes symptomatisch delirantes Bild. Das unveränderliche Vorherrschen der katatonen Symptome, die schon vor der fieberhaften Erkrankung geäußerten hypochondrischen Vorstellungen und Angstaffekte lassen mit Wahrscheinlichkeit diese Schlußfolgerung zu.

Von anderen psychischen Erkrankungen, die hier differentialdiagnostisch in Betracht gezogen werden können, soll zuerst die progressive Paralyse genannt werden. Berücksichtigen wir aber in erster Linie den negativen Wassermann und die fehlende Lymphocytose (Blut + Cerebrospinalflüssigkeit), ferner von intellektuellen Symptomen das Ausbleiben der Störungen der Wahrnehmung, der Orientierung, der Sprache, des Gedächtnisses (vielleicht leichte Schwankungen während der hinzugetretenen Pneumonie), andererseits wiederum das Vorherrschen der katatonen Symptome, die ausgesprochene, dauernde ängstliche Affektlage und den in dieser Beziehung absolut negativen Sektionsbefund, so läßt sich wohl die Dementio paralytica ausschließen.

Andere organische Affektionen können hier differentialdiagnostisch wohl kaum in Betracht kommen.

Der psychische Verlauf der Erkrankung, sowie das Fehlen der körperlichen Symptome und besonders die Bestätigung durch den Obduktionsbefund lassen einen Hirntumor oder eine Kombination mit multipler Sclerose ausschließen.

## Fall V.

Pat. W. E., Lehrer, 39 Jahre alt.

Keine Geisteskrankheiten in der Familie. Pat. ist der älteste unter 7 Geschwistern. War immer kräftig und gesund. Hat beim Militär die übliche Zeit (als Husar) gedient in P. In seinem Berufe sehr tüchtig. Heitere gesellige Natur. Heirat am 12. Nov. 1905. 4jährige Tochter; etwas eigensinnig. Vorher und nachher eine Fehlgeburt. Frau ist jetzt im 8. Monat schwanger.

Pat. hat seit 3 Jahren im Herbst regelmäßig Bronchialkatarrh. Erkrankte am 9. August 1911 an Gelenkrheumatismus; wandernde Schmerzen, Knie und Handgelenke geschwollen. Hohes Fieber bis zu 39,5°. Etwa 22. August frei von Schmerzen, aber Herzschwäche (Oedeme an den Beinen). Anfang September einige Zeit aufgestanden. Mitte September Rückfall: neue Gelenkschwellungen, Schmerzen, mäßiges Fieber. Bemerkte damals Herzklopfen. Bekam Digitalis und auf die Herzgegend Eisumschläge. Wurde gleich auffällig durch sonderbare Fragen, war für Augenblicke nachts nicht mehr orientiert, glaubte momentan, die Krankenschwester (im roten Schlafrock) sei Maria Stuart, er sei wohl im Theater, korrigierte aber gleich. Er äußerte, er sei schwer krank und würde bald sterben, er möchte daher gern die Sterbegebete verrichten. Aus den Wänden hörte er es zeitweise Rauschen, manchmal habe er Ohrensausen. Diese Störungen dauerten immer nur kurze Zeit, traten auch am Tage auf. Zwischendurch ganz geordnet. Im Anfange der Krankheit (Mitte August) bekam er an einem Tage allerlei Visionen, wie die Frau meint, sicherlich stets nach einem Pulver (Compos. trit. Acid. leuf. ää 0,1. Niercon. 0,005), und zwar nach dem ersten Pulver sah er Gobelins, nach dem zweiten Kirchen, Kapellen, herrliche Bilder, auf seiner Bettdecke Blumen, Kinderköpfe; er war sich bewußt, daß es eine Täuschung war. Nach dem 3. Pulver sah er Geister mit feurigen Augen, langen Bärten, drohenden Mienen auf sich zukommen. Schrie auf. Die Frau meint, er habe nicht im Halbschlaf gelegen. Diese Visionen beschränkten sich auf den einen Tag.

Seit dem 22. September im Isr. Krkh.

Nach dem Bericht der Krankenschwester, die ihn in dieser Zeit täglich gepflegt hat, ist er von Anfang an zeitlich orientiert gewesen; bezeichnet aber Tag, Monat und Stunde, auch Jahreszeit falsch. Auch örtlich desorientiert, glaubte meist, zu Hause zu sein oder im Zuchthause. Von Anfang an antwortete er häufig auf vermeintliche Stim-

men, verteidigte sich gegen beschuldigende und beleidigende Phoneme; hörte sich rufen, er solle zur Gerichtssitzung kommen. Geräusche mißdeutete er als das Anmarschieren von Militär, das ihn verhaften sollte, oder als Versammlung von Menschen, die sich seiner bemächtigen wollten. Von Anfang an soll er im Krankenhause regelmäßig 10 Tage lang subkuten Hyoscin und Morphium bekommen haben.

In den letzten 4 Tagen wuchs die Erregung immer mehr an. Er hörte sich in den ersten Tagen von seinen Schulkindern, vom Rektor und von Unbekannten fortgesetzt des Ehebruchs, der syphilit. Infektion, des Falscheides bezichtigt; nunmehr traten auch Versündigungsvorstellungen und Selbstmordgedanken auf. Er machte den Versuch, sich mit einem Handtuch zu erwürgen, verkroch sich unter die Bettdecke und machte Anstalten, sich den Zipfel der Decke in den Mund zu stopfen.

Fortgesetzt lebhafte Angst. Der Schlaf erst in den letzten 3 Nächten schlecht. Die Nahrungsaufnahme auf Zureden immer gut; zuweilen verweigerte er vorübergehend den Kaffee, es sei Gift darin. Hielt an dieser Behauptung fest, trank ihn dann gerade deswegen aus.

Fieber hat während des Krankenhaus-Aufenthaltes nicht bestanden.

8. 10. Gibt seine Personalien in der Hauptsache richtig an; in der Beantwortung auch einfacher Fragen sichtlich gehindert. Antwortet zwischendurch so, daß kein Zweifel an dem Bestehen fast unausgesetzter Gehörshalluzinationen ist. (Wo hier?) „im Zuchthaus". (Wie lange hier?) sieht sich suchend um: „man wünscht Ihren Untergang". ? ? „nun, ich will es eben so lange leiden, wie meine Frau". ? ? „6 Wochen". Kennen Sie mich? „nein". Was bin ich? Die Frage muß mehrfach wiederholt werden. „Rektor meiner Schule". Wo sind Sie jetzt? „zu Hause". Heute? „ein jüdischer Feiertag" + „Herr Dr." Monat? Wiederholt die Frage, besinnt sich zunächst augenscheinlich, plötzlich wieder eine ganz inadäquate Antwort. Ist nicht mehr zu fixieren und gerät in immer lebhaftere Angst, verteidigt sich jammernd gegen halluzinierte Vorwürfe, falsch geschworen zu haben. Jammert niedergeschmettert:

„Ins Zuchthaus soll ich? „auch mein Bruder ist tot". Fängt an, sich unruhig mit dem Ausdruck quälender Angst umher zu wälzen, die Bewegungen tragen zunächst den Charakter von Ausdrucksbewegungen höchster Angst.

Erhält 2 Ampullen Pantopon.

Danach eine gewisse Beruhigung, das Klagen geht in monotones Stöhnen über; die Beine in Knie und Hüfte gebeugt, die Füße aufge-

stellt (im Liegen) werden rhythmisch von links nach r. und wieder nach l. bewegt; die Hände greifen an der Brust umher. Schläft die ganze Nacht hindurch.

Status somaticus: Mittlere Größe, genügender Ernährungszustand. Blasses, etwas fahles Aussehen.

Linke Lidspalte etwas größer wie rechte.

Linker Bulbus etwas prominent. Fundus: o. B.

Pupillen mittel, etwas entrundet, linke Reaktion +, aber etwas träge.

Zur Convergenz nicht zu bringen. Facialis: o. B.

Ausdruck etwas schlaff, matt.

Zunge belegt, weicht nicht ab.

Beweglichkeit — fraglich; zeigt die Zunge nur wenig, befolgt Aufforderung zur weiteren Zungenbewegung nicht.

Gelenke nicht geschwollen, an den Beinen sicher schmerzfrei, auch bei Bewegungen. Bei passiven Bewegungen in beiden Ellenbogengelenken heftiges Widerstreben unter schmerzhaftem Verziehen des Gesichtes. Jedoch gelingt bei Ablenkung der Aufmerksamkeit die Bewegung beiderseits ganz leicht. Lokal keine Veränderung sicht- und fühlbar.

Herzdämpfung wenig vergrößert. Der Spitzenstoß ist schwach. Ueber der Mitralklappe ist ein lautes schabendes systolisches Geräusch zu hören. Die anderen Ostien sind frei. Der Puls ist klein, unregelmäßig, leicht unterdrückbar, 120, Urin ist frei.

Ueber den Lungen sind sicher keine gröberen Veränderungen; die Untersuchung ist sehr erschwert durch unzweckmäßige Bewegungen des Pat. mit dem Rumpfe bei der Aufforderung, tief zu atmen.

Fieber: 37,6°.

Leib weich. In der Blasengegend druckempfindlich. Bei abgelenkter Aufmerksamkeit fehlt dieser Druckschmerz.

Bauchdeckenreflexe
Cremasterreflexe
Patellarreflexe
Achillesreflexe
} lebhaft

Babinski bdst. nicht vorhanden.

9. 10. Liegt heute mit geschlossenen Augen laut stöhnend, monoton jammernd im Bett. Bewegt die im Knie gebeugten Beine. Sträubt sich gegen Untersuchung. Oertlich und zeitlich desorientiert.

Oertl.: „Zuchthaus i. Kempen", zeitl. „ich weiß nicht". Gibt wie gestern inadäquate Antworten. Zwischendurch spontan „ich bin krank".

10. 10. Gut geschlafen. Heute stuporöses Verhalten. Unsauber mit Urin. Ißt von selbst.

11. 10. Heute wieder ängstlich erregt, läuft im Saal umher, rüttelt an den Türen, macht einen matten traumhaft benommenen Eindruck. Gelegentlich Aeußerungen, in denen er sich gegen halluzinierte Beschuldigungen verteidigt: „ich habe keine Schweinerei getrieben". „Ich weiß nichts von diesen Verbrechen".

Erkennt den Arzt stets als „Anstaltsarzt".

Meint, stets im Zuchthause zu sein, die anderen Kranken sind ebenso „eingesperrt" wie er. Zeitliche Orientierung 1911, im übrigen ablehnend „ich weiß nicht". Schwer zu fixieren; antwortet meist plötzlich nach einer Seite hin „ich habe es wirklich nicht getan" u. dgl. m.

Puls klein, 140. Cor unverändert. Pulmones o. B. Recht blasses elendes Aussehen. Das Essen muß ihm gereicht werden. Genügende Nahrungsaufnahme.

12. 10. Liegt ruhig zu Bett. Nur gelegentlich rhythmisches Schaukeln der in den Knien gebeugten Beine. Gelegentlich Sätze, die offenbar Antworten auf Phomene sind. Zeitlich? — Okober.

13. 10. Jammert oft laut, verläßt mehrfach in ängstlicher Erregung das Bett, bezieht die Reden anderer Pat. auf sich, mißdeutet sie ängstlich. Ist sprachlich nicht zu fixieren, die Fragen müssen immer mehrfach wiederholt werden. Pat. sieht dann aus, als sei er zerstreut, als habe er nicht recht zugehört, wiederholt die Frage zweifelnd und gibt dann doch eine inadäquate Antwort.

In der vergangenen Nacht angstvoll umhergerannt, an Türen und Fenster geschlagen, eine Scheibe zertrümmert.

Auf Hyoscin 0,001 gr. subkutan — Beruhigung.

14. 10. Unverändert im Wesentlichen. Heute Mittag aggressiv gegen einen gelähmten Pat., schlug ihm plötzlich ins Gesicht.

20. 10. Schlaf gering, manchmal am Tage einige Stunden. Geringe Nahrungsaufnahme. Aengstlich gehemmt, nachts öfters ängstlich auf dem Bett, hört sich öfter vom Bruder gerufen. Pulmones o. B.

Cor, an der Spitze schwaches Geräusch

Puls schwach, 87—88 im Liegen.

Stark gehemmt; müdes, mattes Aussehen.

Kennen Sie mich? „nein".

„Das ist Vorstellung bei mir, ich weiß es selbst nicht". (antwortet auf Phoneme?) „Sagen Sie nicht Herr W." (Unwürdig?) „ja". (Wer bin ich?) „Anstaltsarzt" (Anstalt?) „Zuchthaus", „ich muß doch einige Verbrechen begangen haben". (? ?) „weil ich hier aus Mutterliebe liege" „von Natur aus bin ich kein Verbrecher".

Wo hier? „meine Frau ist durch mich krank geworden". (Jahr? + Datum?) „und ich weiß nicht". Geburtstag und Personalien rich-

tig. Dann plötzlich energisch: „Die Verbrechen, die mir hier vorgesungen worden sind, habe ich nicht gemacht". In seinen Bewegungen sehr sparsam, in den Antworten verlangsamt. „Ich denke richtig, aber es geht schwer".

Beim Zusammenzählen größerer Geldsummen mühsam, nicht planmäßig. Kleine Summen gut.

23. 10. Zahlreiche Phoneme, die ihn verschiedener Verbrechen beschuldigen. In seinen spärlichen Aeußerungen öfter echolalische Elemente.

„Jedenfalls, Pferdedecken habe ich nicht gestohlen". „Der Metzger (Personenverkennung?) drüben hat gesagt, daß ich Pferdedecken gestohlen habe, Lustmörder bin und ein Handtuch dazu (echolalisch), „daß ich Schweinereien gemacht habe, das weiß ich jetzt".

„Notorischer Verbrecher" (das habe er oben gehört).

Auffallendes Verhalten der Pupillen von Anfang an: im allgem. über mittelweit; häufig, bes. links, deutlich entrundet.

Lichtreaktion häufig sehr träge, an einigen Tagen vorübergehend keine Lichtreaktion sowohl bei diffusem wie bei konzentriertem Licht. Fundus o. B.

24. 10. Heute nachmittag im Anschluß an einem Angstzustand, in dem er jammernd aus dem Bett rannte, ein Kollapszustand.

Temp. 37,3. Puls sehr beschleunigt. Auf Camphor rasche Erholung.

26. 10. Lumbalpunktion.

Druck: sehr langsames Abtropfen;
Farbe: klar;
Mikroskop: Zählkammer (in 1 $mm^3$): 1 L.;
Zentrifugal: negativ;
Chemisch: Eiweiß nach Nißl: fast 2 Pstr., nach Nonne: Sp. Opalesc.
Serologisch: negativ.

Pupillen zeitweise ganz lichtstarr.

28. 10. Sei früher mal gern zum evangelischen Glauben übergetreten; habe sich nun Schweinereien zu schulden kommen lassen, sei ein Lustmörder.

Durch wahnhafte Gedankengänge, Phoneme und durch Reden anderer Kranken stark in Anspruch genommen; dadurch Reaktion auf Fragen verlangsamt oder inadäquat. (Wie alt?) „40 J." (39) (Bis wann im Dienst?) „jedenfalls weiß ich, daß ich zum evangel. Glauben übergetreten bin". (Wie lange jetzt außer Dienst?) „am 28. Okt. 1911 kam ich erst nach Breslau".

31. 10. In den letzten Tagen nicht mehr ängstlich, das Bett verlassen. Stärker gehemmt. Immer wieder allerlei neue Unwürdigkeitsvorstellungen: sei ein Speichellecker, ein Schweinehund; wehrt sich gar nicht mehr gegen die Phoneme „ es stimmt schon". „Nehmen Sie mich mit hin".

Sehr matt. Puls 88, sehr schwach.

Nahrungsaufnahme in den letzten Tagen reichlich.

4. 11. In den letzten Tagen mehrfach, ohne ein Wort zu sprechen, immer zu demselben Pat. ins Nebenzimmer gelaufen, sich zu ihm aufs Bett gesetzt.

16. 11. Seit Anfang November beiderseits bronchialische Geräusche, ziemlich viel Husten. Kein Fieber. Oertliche Orientierung gut. Zeitliche Orientierung „ich weiß nicht".

Glaubt, er sei gesund, aber ein schwerer Verbrecher. Steht offenbar noch unter dem Eindruck von Phonemen. Oefters Ausdrücke wie „das stimmt schon" . . . . „ich gebe es ja zu" mitten aus seiner Versunkenheit heraus.

17. 12. Im Wesentlichen unverändert. Jammert häufig monoton vor sich hin.

23. 12. Dauernd schwer gehemmt. Gelegentlich ängstliches Stöhnen „ich bin ein Verbrecher" . . . . „ich war der Lehrer W. aus K."

Muß aufs Klosett geführt werden. Die Nahrung muß ihm mit dem Löffel gereicht werden.

Heute impulsiv das Bett verlassen, hat mit vergnügtem Gesichtsausdruck um den Drücker zur Wasserleitung und besorgte sich Wasser.

Schlaf andauernd schlecht, nur wenige Stunden.

27. 12. Bat in der Nacht die Wache, ihn zu verhaften, er sei ein Verbrecher, er werde steckbrieflich verfolgt, er sei nicht getauft, er habe eine Ohrenbeichte belauscht.

31. 12. Gibt häufig die ängstlich gebundene Haltung auf und geht langsam wie ein Automat auf ein Bett zu. Bleibt dann ratlos stehen. Gibt heute ohne ersichtlichen Grund einem anderen Pat. die Hand, dabei mutacistisch. Wäscht sich in den letzten Tagen auffallend häufig die Hände.

3. 1. 12. In den letzten Tagen reichliche Nahrungsaufnahme, spontan.

8. 1. Heute kurze Zeit lustiger Gesichtsausdruck. In den letzten Tagen die ängstliche Hemmung mehrfach für kurze Zeit durch auffallenden heiteren Gesichtsausdruck verdeckt. Dreht sich mehrfach dabei stereotyp mit zitternder Hand seinen Schnurrbart; ist sprachlich ebenso gehemmt wie sonst.

Liest auf Ersuchen ganz geläufig und sinngemäß einen Artikel aus der Zeitung vor.

18. 1. Nahrungsaufnahme wesentlich besser. Gesicht voller. Seit 5 Wochen annähernd auf dem gleichen Gewicht.

Spontan keine sprachlichen Aeußerungen.

Wandert häufig, auch in der Nacht umher, geht bald an dieses, bald an jenes Bett, begleitet stumm den Arzt bei der Visite, mitunter flüchtig eine lächerliche Miene.

Klinische Vorstellung.

24. 1. Kommt langsam herein. Nimmt auch auf mehrmaliges Ersuchen nicht Platz, bleibt hinter dem Stuhl stehen.

Unterbricht plötzlich zaghaft den gegebenen Bericht des Referenten über den Beginn seiner Krankheit mit: „Ich bin der Lehrer W. aus K."

Bestreitet lebhaft, krank zu sein. Krank gewesen sei er, auch einmal nervenkrank. Aeußert: „ich bin am 1. April 1872 geboren, am 1. oder 2. April . . . . . in Posen geboren". Wiederholt das immer wieder. „Alles andere wird ja bekannt sein".

Im Krankenhause sei er hier nicht. Bestätigt, daß es hier so aussehe, wie in einem Hörsaal. Erkennt Ref. als Arzt. Wiederholt schon wieder seine Personalien. (Warum?) Antwortet nicht.

Klinische Vorstellung.

31. 1. Setzt sich wieder nicht hin. Dauernd abgelenkt durch depressive Vorstellungen, die in Form von Sinnestäuschungen ihm entgegentreten. Sprachlich keine Reaktion, aber verhältnismäßig lebhafte Augenbewegungen. Er folgt genau dem Gang der Besprechung.

(So reden Sie doch endlich!) „mit meinem Kind habe ich nichts getan".

Seit dem Abklingen des Fiebers keine Amentia-Symptome; das Krankheitsbild ziemlich gleichbleibend.

Heute spontan geschrieben 3. 2. 12.:

„Vor langer Zeit geschah mir das Unglück, krank zu werden. Viel schwere Zeit habe ich durchgemacht. Viel Gutes habe ich hier genossen. Nun ist eine Zeit herangelangt, wo ich durch Verpflichtungen, die ich jetzt einlösen muß, und nachdem ich hier vom Sommer vorigen Jahres bis jetzt einlösen muß, und nachdem ich hier vom Sommer vorigen Jahres bis jetzt gewirkt habe, auch zunächst alles dessen gedenke, was in dieser Zeit geschehen ist. Es ist auch durchaus Vieles, was mich in diesem Jahre zum vollständigen Ruin meines

Lebens führt. Als ich durch abenteuerliches Leben, besonders im letzten Jahre soweit gebracht würde, daß ich nach überstandener Krankheit und jetzt".

8. 2. Stöhnt viel vor sich hin. Ratloser Gesichtsausdruck. Zupft sich stereotyp am Bart; verläßt immer wieder das Bett.

Heute Nacht plötzlich sein Bett verlassen, ins Nachbarzimmer gelaufen, den Kopf gegen die Wand geschlagen, unter ein Bett gekrochen, sich an die Sprungfedern angeklemmt. Aengstliches Stöhnen und Brummen. Keine sprachlichen Aeußerungen.

17. 2. Dauernd sprachlich fast mutacistisch. Dabei monotones ängstliches Brummen. Verfolgt die Vorgänge auf der Station mit ängstlicher Spannung; sucht zu helfen, sobald ein Pat. das Bett verlassen will. Verweigert gelegentlich die Nahrung, ißt aber meistens auf wiederholtes Zureden etwas.

28. 3. Unverändert, abgesehen von einem geringen Vernehmen der reaktiven sprachl. Aeußerungen.

Besuch seiner Frau. Sie sollte sich von ihm scheiden lassen; er sei ein großer Sünder, Selbstmörder. Zeitliche Orientierung ungefähr +, örtliche richtig.

19. 4. Fast andauernd ängstlich; vielfach Steigerung der Angst, dann rhythmisches Stöhnen. Kommt oft ratlos aus dem Bett, bleibt im Saale stehen; weigert sich, wieder zu Bett zu gehen, zupft stereotyp an seinem Bart. Ob er Phoneme hat, beantwortet er nicht. Angstvorstellungen, glaubt ein Raubmörder, ein 5facher Kindesmörder zu sein. Verkriecht sich unter das Bett eines Pat., küßt einigen Pat. die Hand; erklärt auf Befragen, er wolle Buße tun. Seine spontanen sprachlichen Aeußerungen beschränken sich auf die gelegentliche Bitte um den Saallichtschlüssel. Reaktiv stark gehemmt, fast mutacistisch.

6. 5. Sprang heute Abend plötzlich aus dem Bett, rannte jeden Waschtisch um, warf zwei große Teller in den Saal; auf Befragen „das muß so sein". Hin und wieder ein flüchtiges Lachen bei der Visite; Eindruck, als wolle er etwas Freudiges mitteilen. Aeußert aber auf Befragen: „Das ist kein Lachen, das ist ein Nichtbeherrschen der einzelnen Gesichtsmuskeln".

13. 5. In den letzten Tagen ängstlich, stark gehemmt. Heute versuchte er sich, unter der Bettdecke mit einem Handtuche zu erdrosseln. Mutacistisch.

15. 5. Heute beim Besuch der Frau gesprächig. Offenbar Reaktion auf sehr beängstigende und immer gleichlautende bedrohende und beschimpfende Phoneme. Immer wieder äußert er: „ich bin ein Jude, meine Frau ist eine Jüdin, mein Kind ist jüdisch, und wir bleiben auch alle Juden; ich habe mein Kind weder ermordet noch gefickt,

das Kind gehört meiner Frau, die Frau ist unschuldig, also darf es ihr nicht genommen werden".

15. 6. Während des Abendbrotes wirft Pat. plötzlich den Kaffeetopf auf den Boden, tritt wiederholt auf die Scherben. Dabei ängstlich-erregter Affekt.

17. 6. Gestern und heute ziemlich erregt ängstlich. Aeußert, er sei überführt. Er werde nun hingerichtet, glaubt, die Richter würden nun kommen, ihn abzuholen. Hat angeblich seine Frau vor der Tür rufen hören, drängt hinaus. Verlangt laut seine Ueberführung ins Gefängnis.

20. 6. Aeußert, er müsse dem Amtsgericht vorgestellt werden. Wollte in der letzten Nacht die Lampe vom Tisch der Pfleger werfen, weil er glaubte — wie er äußerte — der Pfleger schreibe Bericht über ihn. Schlaf in den letzten Tagen gut. Schlief heute auch tagsüber, mußte zu den Mahlzeiten geweckt werden.

26. 6. Nur selten spontane sprachliche Aeußerungen. Nur auf eindrückliches Fragen Antwort zu erhalten. Dabei dauernd ängstliche Affektlage.

18. 7. Sitzt meist in ängstlicher gebundener Haltung im Bett. Mehrfach Strangulationsversuche. Mit seiner Frau, die ihn vorgestern besuchte, kein Wort gesprochen.

30. 7. Während Pat. in den letzten Wochen ruhiger war, meist im Bett saß, die Vorgänge auf der Station aufmerksam verfolgte, sich selbst negativistisch und fast mutacistisch verhielt, wurde er heute plötzlich erregt, war ängstlich, starrte ängstlich vor sich hin; im Bade Erregung mit starker Angst, zitterte am ganzen Leib, sprang aus der Wanne, rannte gegen die Wand, starkes Widerstreben. Auf 0,001 Hyoscin ruhiger.

31. 7. In der Nacht Strangulationsversuche, drängte zur Tür hinaus, ging im Saal umher.

3. 8. Gutachten an die Regierung (zwecks Pensionierung). Seit heute ruhiger, ißt nach Nötigen gut. Schläft auf Trional gut. Dauernd ängstlich, verfolgt die Vorgänge auf Station mit gespannter Aufmerksamkeit, greift sich mit der rechten Hand ängstlich-ratlos in den Bart. Beim Beim Rasieren immer die Absicht, den Hals in das Messer zu stürzen. Antwortet auf Fragen nicht, schwer gehemmt. Auch die Bewegungen langsam.

6. 8. Liegt meist zu Bett. Nahrungsaufnahme genügend.

11. 8. Seit heute früh wieder erregt. Warf heute vormittag 6 Teller entzwei, sucht sich durch Hinwerfen auf die Scherben zu verletzen. Aengstlich, erregt, zittert zeitweise am ganzen Körper.

Steht wie eine Bildsäule vor seinem Bett, murmelt unverständliche Worte leise vor sich hin.

20. 8. Seit einigen Tagen wieder ruhiger. Zu sprachlichen Aeußerungen kaum zu bewegen. Appetit gut.

29. 8. Ueberführung nach der Provinzialanstalt D.

Wir hatten Gelegenheit, die Krankheitsgeschichte aus D. zu sehen. Sie zeigte uns, daß der psychische wie körperliche Zustand unverändert fortbesteht.

Fassen wir nun die Krankheitserscheinungen zusammen: Nach einem Redzidiv von Gelenkrheumatismus erkrankt ein 41jähriger, hereditär nicht belasteter Lehrer unter dem Bilde eines Depressionszustandes und neben Angstvorstellungen, Schlaflosigkeit, Selbstvorwürfen, Suicidgedanken, treten Sinnestäuschungen auf, die sich besonders auf optische und akustische Sinnesgebiete erstrecken. Zugleich mit diesen Halluzinationen, in Färbung und Richtung mit ihnen übereinstimmend, entwickeln sich Wahnvorstellungen von ausgesprochenem hypochondrischem Inhalte, (Verfolgungs-, Versündigungs- und Vergiftungsideen). Hierauf treten wechselnde Perioden von ängstlich gefärbten, katatonischen Erregungszuständen und Stupor auf. Im Vordergrunde dieser Erregungszustände steht das Handeln des Pat., das sich in eine wirre Folge unzusammenhängender und beziehungsloser Antriebe auflöst. Neben massenhaften Phonemen, von stets traurigem Inhalte, fast immer mit Reaktionen auf diese Täuschungen und ausgesprochenen zahlreichen Stereotypien (Bewegungs-, Handlungs-, Haltungsstereotypien) begegnen wir regelmäßig, Anzeichen der verschiedenen anderen Willensstörungen, wie der Befehlsautomatie, der Echolalie, der Katalepsie, des Grimassierens, des Haftens an monotonen Vorstellungen, der Verbigeration und endlich der vollständigen Zerfahrenheit des Gedankenganges. Zu anderen Zeiten verfällt Pat. ganz in den Stupor: wird still, scheu, einsilbig, oder ganz mutacistisch, liegt mit geschlossenen Augen im Bett, zeigt starres, in sich versunkenes, apathisches, häufig negativistisch-widerstrebendes Verhalten, kurz alle seine Willensäußerungen schweigen. Auffallend ist von vornherein

seine ausgesprochen ängstliche, mitunter auch apathische Affektlage. Die Orientierung ist vielem Wechsel unterworfen, kann aber im Großen und Ganzen als eine gut erhaltene bezeichnet werden.

An körperlichen Erscheinungen finden sich neben lebhaften Patellar-, Achilles- und Cornealreflexen, ein auffallendes Verhalten der Pupillen. Die im allgemeinen über mittelweiten, leicht entrundeten Pupillen reagieren träge, zuweilen gar nicht auf Lichteinfall. Dieses Phänomen ist links deutlicher ausgesprochen als rechts; die Convergenz konnte meistens nicht geprüft werden.

Die Krankheitsgeschichte ist insofern unvollständig, als die häufigen Kontrollen des Pupillarbefundes nicht immer registriert sind und auch insofern, als nicht darin vermerkt ist, daß sorgfältig darauf geachtet worden ist, daß nicht Täuschungen durch medikamentöse Einwirkungen (Hyoscin) hervorgerufen werden konnten. Die Veränderungen der Lichtreaktion waren auch nachweisbar zu Zeiten, in denen durch längere Zeit hindurch kein Narcoticum und nichts anderes die Pupillenbewegung Beeinflussendes gegeben worden war.

Es wäre noch zu erwähnen, daß der linke Bulbus etwas prominent und die linke Lidspalte größer als die rechte ist.

Was die Differentialdiagnose anbetrifft, so muß auch hier in erster Linie an eine symptomatische Psychose gedacht werden. Aber wir wissen, daß die schweren Katatoniefälle nicht selten mit Fiebererscheinungen einhergehen und daß es vorkommt, daß eine solche Psychose durch einen fieberhaften Prozeß manifest wird. In diesem Falle könnte man daran denken, daß die von dem Pat. zuerst geäußerten Wahnvorstellungen als ein Fieberdelirium aufzufassen seien. Der spätere fieberfreie Zustand, der negative Befund der inneren Organe, die Färbung der Sinnestäuschungen durch den ausgesprochenen depressiven Inhalt, das Vorwiegen der akustischen Halluzinationen, das dauernde Gleichbleiben des Krankheitsbildes, ferner die Konstanz der Affektlage, das dauernde Fortbestehen der katatonen Symptome, sowie auch das Fehlen des amnestischen

Symptomenkomplexes (Orientierungs- und Merkfähigkeitsstörung, Erinnerungsfälschungen) lassen eine symptomatische Psychose mit ziemlicher Sicherheit ausschließen.

Nächst der symptomatischen Psychose wollen wie die Dementia paralytica in den Kreis unserer Betrachtung ziehen. Die Verwechselung liegt nahe, weil hier lange Zeit eine träge, mitunter vollkommen aufgehobene Lichtreaktion der Pupillen beobachtet wurde, eine Erscheinung, die in erster Linie an eine progressive Paralyse denken läßt. Jedoch der ganze Verlauf der Erkrankung, der negative Wassermann und die fehlende Lymphocytose, das Intaktbleiben der Sprache und des Gedächtnisses, sowie das dauernde Vorherrschen der katatonen Symptome, die fortwährende ängstliche, mitunter apathische affektive Reaktion, sprechen sehr gegen eine progressive Paralyse.

Hirntumoren, wie auch eine Kombination mit multipler Sclerose können wir wohl auch ausschalten.

Das Fehlen der pathognomonischen Zeichen des intracraniellen Druckes einerseits, andererseits das Fehlen der Symptome der Sclérose en plaques, die ich wiederholt angeführt habe, sowie das psychische Bild und die Anamnese selbst machen auch die Annahme der erwähnten Erkrankungen sehr unwahrscheinlich.

## Schlußbetrachtung.

Ueberblicken wir zum Schluß alle unsere Fälle, so wird kaum bezweifelt werden können, daß es sich bei unseren Kranken um typische Katatonien handelte. Wir sehen, daß sie alle eine in den Hauptzügen analoge Entwicklung der Zustandsbilder darbieten. Im Vordergrunde unserer Betrachtung stehen die eigentlichen organischen Symptome.

In allen unseren Fällen, außer dem Fall I waren die Patellar- und Achillesreflexe gesteigert, die übrigen Reflexe erhalten; im Falle I dagegen konnten wir oft eine Differenz in den Patellarreflexen zwischen rechts und links feststellen, links war er mitunter überhaupt nicht auszulösen; im späteren Verlaufe waren sie aber beiderseits deutlich vorhanden. Ferner in den Fällen II und IV ausgesprochener Oppenheimscher Reflex, im vorletzten hin und wieder ein Babinski, (bei der letzten Untersuchung noch einmal ein zweifelhafter Babinski rechts), Romberg, feinschlägiger Tremor der Hände, Hyperidrosis und leichte Temperatursteigerungen. Im Falle III war ein ausgesprochenes Fächerphaenomen und langdauernder Patellar- und Fußclonus zu konstatieren.

Besondersbemerkenswert sind die Augensymptome. Im Falle V zeigte sich träge, mitunter auch fehlende Reaktion der etwas entrundeten Pupillen, geringe Prominenz des linken Bulbus und Erweiterung der linken Lidspalte. Im Falle IV fand sich auch hin und wieder eine rechtsseitige träge Lichtreaktion der entrundeten Pupillen. Im Falle III konnten wir eine rechtsseitige Miosis mit einer geringeren Entrundung bei intakter Lichtreaktion feststellen. Nystagmus hatten wir lange Zeit hindurch bei den Kranken I und II gesehen.

Daß diese Symptome nicht etwa als Erscheinungen einer anderen organischen zu dieser Psychose hinzugekommenen Erkrankung aufzufassen sind, habe ich schon früher erwähnt. Bemerkenswert ist, daß alle diese Erscheinungen immer das Merkmal einer eigentümlichen Flüchtigkeit trugen.

Was die Beurteilung dieser Symptome anlangt, so kann kaum Zweifel darüber bestehen, daß ihnen organische Veränderungen — wenn auch passagerer Art — entsprechen müssen.

Die Auffassung Bonhoeffers, daß es sich bei den von ihm beobachteten Spasmen und Reflexsteigerungen um eine Mitbeteiligung der Seitenstränge handelt, wird durch den Nachweis des Babinskischen und Oppenheimschen Zeichens bestätigt. Freilich sind es nicht grobe Schädigungen, welche den Zusammenhang zwischen diesen körperlichen Symptomen und entsprechenden Läsionen des Zentralnervensystems augenfällig zeigen.

Diese Feststellungen der Beteiligung des Projektions-

systems waren besonders wichtig zu einer Zeit, als die Katatonie noch den funktionellen Prozessen zugerechnet wurde. Seitdem sich herausgestellt hat, daß wir es bei dieser Erkrankung mit schweren und ausgedehnten Erkrankungen der Hirnrinde zu tun haben, sind diese körperlichen Symptome leichter verständlich.

Es soll hier nicht im Einzelnen auf die patholog. Anatomie der Katatonie eingegangen werden. Für unsere Fragestellung ist lediglich von Bedeutung, daß es sich nach den Untersuchungen vor allem Alzheimers um ausgesprochene, vielleicht für die Katatonie charakteristische Rindenveränderungen handelt.

Für uns sind ferner von Interesse, die von den verschiedenen Autoren beschriebenen Veränderungen an den Vorderhornzellen des Rückenmarks. Klippel und Lhermité fanden z. B. außer Zellerkrankungen in den Vorderhörnern Degenerationen, die an das Bild des Tabes erinnerten: Wurzeldegeneration am Lumbalmark und Degenerationen des Gollschen Stranges an Brust und Halsmark.

Auch Goldstein will die an Tabes erinnernden Veränderungen am Rückenmark gesehen haben, mit dem Unterschiede, daß er die Intensität der Wurzeldegenerationen mehr von unten nach oben zunehmen sah.

Bemerkenswert aber ist das Fehlen sämtlicher klinischen Symptome von Seiten des Rückenmarks bei allen Fällen dieser Autoren. Immerhin liegt der Gedanke nahe, die Schwankungen der Sehnenreflexerregbarkeit insbesondere ihre gelegentliche Abschwächung mit solchen Veränderungen in Verbindung zu bringen.

Besondere Schwierigkeiten macht die pathologisch-anatomische Deutung der hin und wieder auftretenden Pupillen-

starre. Die gelegentliche Verbindung mit Lidspaltenveränderungen und mit Bulbusprominenz läßt an Sympathicuseinflüsse denken.

Westphal, der als erster derartige Pupillenstörungen bei Katatonie beschrieben hat, denkt an einen engen Zusammenhang mit vasomotorischen Störungen, die durch kortikale Einflüsse bedingt sein sollen.

Suchen wir nach einer anatomischen Erklärung für diese Erscheinungen, so lassen einzelne Hirnbefunde daran denken, daß vielleicht Zustände von Hirnschwellung, wie sie Reichardt beschrieben hat, in manchen Fällen vorliegen. So könnten wir die organischen Symptome wie Babinski, Oppenheim, Fächerphänomen, Patellar- und Fußclonus, wie auch die gesteigerten Patellar- und Achillesreflexe erklären.

Zur Erklärung der Augensymptome sind gewiß auch organische Störungen heranzuziehen, es ist aber nach unserem heutigen Stand der Wissenschaft nicht zu sagen, in welchen Hirnpartien der Angriffspunkt für diese flüchtigen Störungen zu suchen ist. Man könnte auch hier an eine Hirnschwellungswirkung von wechselnder Intensität auf den Boden des III. Ventrikels, oder auf den ventralen Vestibularisapparat ausgeübt denken.

Die Beobachtung, daß der Obduktionsbefund bei Fall IV, wo wir bei Lebzeiten der Pat. einen flüchtigen Oppenheim und eine hin und wieder auftretende rechtsseitige träge Lichtreaktion der Pupille feststellten, ein Piaödem ergab, läßt daran denken, daß vielleicht außer der Hirnschwellung noch andere anatomische Vorgänge vorliegen, daß namentlich auch hydrocephale Schwankungen zur Herbeiführung der organischen Symptome Veranlassung geben können.

## Literatur-Verzeichnis.

Aschaffenburg: Die Katatonie. Allg. Zeitschr. für Psychiatrie 1898, Bd. 55.

Die Katatoniefrage. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie 1898, Bd. 54.

Arndt, E.: Geschichte der Katatonie. Zentralblatt für Nerv. und Psych. 1902.

Alzheimer: Einiges zur pathologischen Anatomie der Geistesstörungen. Neurolog. Zentralblatt 1900. S. 489.

Albrandt: Zur augenärztlichen Tätigkeit in der Irrenanstalt. Archiv für Augenheilkunde 1910. Band 66, Heft 2, 3, 4.

Albos: Meyer's theory of the psychogenie origin of dementia praecox. Americ. Journal of Ins. 1912, Bd. 68, Ref. Schmids Jahrbücher 1913. S. 469.

Bleuler: Dementia praecox, oder Gruppe der Schizophrenien. Handbuch der Psych. Hrsg. von Aschaffenburg. Leipzig 1911. Bd. 4.

Bonhoeffer: Seitenstrangerscheinungen bei akuten Psychosen. Breslau 1896, Psychiatrische Abhandlungen, hrsg. von Wernicke, Heft II.

Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen, Allgemeinerkrankungen und inneren Erkrankungen. Handbuch der Psychiatrie, hrsg. von Aschaffenburg. Leipzig und Wien, Deuticke 1912. Bd. 3, Sp. T.

Biswanger und Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie. 3. Auflage 1911. Jena. Fischer.

Brosius: Die Katatonie. Allg. Zeitschr. für Psych. 1876. Bd. 33.

de Buck: Quelques réflections à propos de la catatonie. Bull. de soc. méd. ment. Belgique 1903. Ref. Zentralblatt für Nerv. und Psych. 1905. S. 850.

Blin: Les traubles oculaires dans la démence précoce. Revue neurologique 1906. Ref. Jahresber. für Psych. und Neurol. 1906.

Bumke: Ueber die Pupillenstörungen bei der Dementia praecox. Münch. mediz. Wochenschr. 1910. N. 51.

Pupillenstörungen bei Geistes- und Nervenkrankheiten. Jena, Fischer 1911.

Dreifus: Ueber Tod im katatonischen Anfall bei Dementia praecox. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psych. 1907.

Dide et Assicot: Signes oculaires dans la démence précoce. Gaz. des hôpitaux, 1905. p. 1077.

Fuchs: Ungewöhnlicher Verlauf der „Katatonie". Allg. Zeitschr. für Psychiatrie, 1904. Bd. 61.

Hausarzt als Psychiater. Leipzig 1899.

Prophylaxe in der Psychiatrie, 1900.

Pupillenstörungen bei der Dementia praecox. Psych.-eurol. Wochenschr. XIII. Jahrgang. S. 175.

Fankhauser: Histologische Befunde bei Dementia praecox. Zeitschrift f. d. ges. Neurol. und Psych. 1912. Orig. H. 3.

Goodall: Bemerkungen über Katatonie. Journal of mental science 1892.

Goldstein: Zur pathologischen Anatomie der Dementia praecox. Archiv für Psychiatrie, 1909. Bd. 46.

Gonzales: Contributo allo studio della demenza precoce Riv. sper. di fren. 1904. Ref. Jahresbericht für Psych. und Neurol. 1904.

Hoche: Katatonie, Lehrbuch der Psychiatrie, hrsg. von Biswanger und Siemerling.. Jena 1911. III. Aufl.

Hübner: Untersuchungen über die Erweiterung der Pupillen auf psychische und sensible Reize nebst einigen allgemeinen Bemerkungen über Pupillenreaktionen. Archiv für Psychiatrie 1906. Bd. 41.

Kahlbaum: Die Katatonie, oder das Spannungsirresein. Berlin, Hirschwald, 1874.

de Klippel et Lhermitté: Démence précoce, anatomie pathologique et pathologénie. Rev. de psych. 1904, VIII. Ref. Jahresbericht für Psych. und Neurol. 1906. S. 1092.

Un cas de démence précoce à type catatonique avec autopsie. L'Encéphal 1909. N. 2. Ref. Jahresbericht für Psych. und Neur. 1909. S. 1109.

Knecht: Ueber die katatonischen Erscheinungen in der Paralyse. Allg. Zeitschr. für Psych. 1886. Bd. 42.

Kraepelin: Lehrbuch der Psychiatrie. Leipzig, Barth 1913. VIII. Auflage.

Ueber Remissionen bei Katatonie. Allg. Zeitschr. für Psych. 1896. Bd. 52.

Zur Diagnose und Prognose der Dementia praecox. Allg. Zeitschrift f. Psych. 1899.

v. Kraft-Ebing: Lehrbuch der Psychiatrie. 7. Auflage, 1903.

Knapp: Körperliche Störungen bei funktionellen Psychosen. Archiv f. Psychiatrie, 1908. Bd. 44.

Laufenauer: Ueber katatonische Verrücktheit. Orvosi Hetilap 1882. Ref. Allg. Zeitschr. für Psychiatrie, Bd. 39.

Morijasu: Beiträge zur pathologischen Anatomie der Psychosen. Archiv für Psychiatrie, 1909, Bd. 45. H. 1.

Beiträge zur pathologischen Anatomie der Katatonie. H. 2. Archiv für Psych. 1909. Bd. 45.

Mickle: Katatonie. Brain, 1889, Bd. 12.

Meyer, E.: Beitrag zur Kenntnis der akut entstandenen Psychosen und der katatonischen Zustände. Archiv für Psych. 1899, Bd. 32.

Zur prognostischen Bedeutung katatonischer Erscheinungen. München med. Wochenschr. 1903.

Die Ursachen der Geisteskrankheiten. Jena, Fischer, 1907.

Die körperlichen Erscheinungen bei Dementia praecox. Allg. Zeitschr. für Psych. 1909. Bd. 66.

Pupillenstörungen bei Dem. praecox. Berlin. klin. Wochenschr. 1910.

Die körperlichen Erscheinungen bei der Dementia praecox. Neurol. Zentralbl. 1912. N. 8. Ref. Jahresbericht für Psych. u. Neurol. 1912.

Weiteres zu den Pupillenstörungen bei der Dementia praecox. Neurol. Zentralbl. 1912. N. 20.

Müller, A.: Periodische Katatonie. Diss. Zürich, 1900.

Moravcsik: Ueber Katatonie. Orvosi Hetilap, 1905. N. 27 und Neurol. Zentralbl. 1905.

Montesano: Ueber den plötzlichen Tod bei Dem. praecox. Riv. ital. de neurol. psych. a. d. elet. 1912, Bd. V. H. 9. Ref, Jahresbericht für Psych. und Neurol. 1912. S. 1344.

Neisser: Katatonie. Stuttgart, Enke, 1887.

Zur Dementia praecox-Frage. Psych.-neurol. Wochenschr. 1909—1910.

Nouet et Trepsat: Ulcerations trophiques chez un dément précoce catatonique. Nerv. Jeon. de la Salpêrt, 1909. N. 5. Ref. Jahresbericht für Psych. und Neur. 1909. S. 1150.

Des contractures et refractions tendineuses dans la démence précoce catatonique. L'Encéphale 1910. N. 2.

Ostermayer: Beiträge zur Kenntnis der Katatonie. Deutsch. Archiv f. klin. Med. 1890—91, Bd. 48.

Oekonomakis: Dementia praecox, Hebephrenie, Katatonie, Paranoia. Athen, 1907. Ref. Jahresbericht für Psych. und Neurol. 1907.

Ossipow: Zur Aetiologie der Katatonie. Neurol. Zentralbl. 1909.

Ueber das photographische laute Lesen. Monatsschr. f. Psych., 1909. Bd. 44.

Pötzl: Zur Frage der Hirnschwellung und ihrer Beziehungen zur Katatonie. Jahrbücher f. Psychiatrie, 1910, Bd. 31.

Fall von Katatonie. Wiener klinische Wochenschrift, 1904.

Piltz: Ueber neue Pupillenphaenomene. Neurol. Zentralbl., 1899.

Die paradoxe Pupillenreaktion. Neurol. Zentralbl., 1902, Bd. 21.

Pförtner, O.: Die körperlichen Symptome bei dem Jugendirresein. Monatsschr. f. Psych. und Neurol. 1910. Bd. 28.

Raecke: Manie, Melancholie, Stupor, Katatonie; Handbuch der Sachverst.-Tätigkeit, Wien.

Katatonie im Kindesalter. Archiv für Psychiatrie, 1909, Bd. 45.

Zur Prognose der Katatonie. Deutsch. Ver. für Psych. Berlin, 1908, Archiv für Psych. Bd. 47.

Zur Lehre vom Westphal-Pllitzschen Pupillenphaenomen. Journ. für Psychiatrie und Neurologie, Dezember 1903, Bd. II.

Runge: Pupillenuntersuchungen bei Geisteskranken und Gesunden. Archiv für Psych. 1913. N. 51.

Reichhardt: Ueber Todesfälle bei funktionellen Psychosen. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1905, S. 1.

Rust: Ueber Katatonie oder Spannungsirresein. Diss. Berlin, 1879.

Reichmann: Ueber Pupillenstörungen bei Dementia praecox. Archiv für Psychiatrie, 1914.

Roubaix: Les symptomes médullaires de la démence précoce. Belg. med. XIII. p. 327. 1906. Ref. Schmids Jahrbücher für die gesamte Medizin 1907.

Redlich, E.: Ueber ein eigenartiges Pupillenphaenomen. Deutsche med. Wochenschrift, 1908, N. 8.

Sterz: Katatonische Psychose als symptomatisches Bild bei Sinusthrombose. Berliner klinische Wochenschrift, 1909, N. 15.

Ueber psychische Störungen im Pubertätsalter. Jahrbücher für Psych. I, 1879.

Sioli: Ueber die A. Westphalschen Pupillenstörungen bei Katatonie und die Pupillenruhe und sensible Reaktion bei Dementia praecox. Neurol. Zentralblatt, 1910, N. 10.

Schmidt: Hirnabszess bei katatonischem Krankheitsverlauf. Allg. Zeitschrift für Psych., 1904.

Schermers: Over Katatonie. Psych. and reur. Bladen, 1901.

Séglas et Chaslin: La catatonie. Archives de neurol. 1888, I.

Schüle: Zur Katatonienfrage. Allg. Zeitschr. für Psych. 1898, Bd. 54.

Klinische Beiträge zur Katatonie. Allg. Zeitschr. für Psych., 1901, Bd. 58.

Stransky: Zur Auffassung gewisser Symptome der Dementia praecox. Neurol. Zentralblatt, 1904.

Zur Lehre von den kombinierten Psychosen. Neurol. Zentralblatt, 1905.

Ueber die Dementia praecox. Wiesbaden, Bergmann, 1909.

Scarpini: Ricerche istologiche sui centrinervosi in un caso di demenza precoce catatonica. Rassegna di studi psichiatr. 1912. II fase. I. Ref. Jahresbericht für Psych. und Neurol. 1912. S. 1344.

Tschisch: Die Katatonie. (Monographie) Neurol. Westnik, 1897/98 (Russ.).

Trépsat: Altération trophique chez des démence précoce catatoniques. Nouv. Inconogr. de la Salpêtrière, 1904.

Etude des troubles physique dans la démence précoce, hébéphréno-catatoniques. Thèse Paris, 1905.

Tetzner: Tod durch gehäufte Krampfanfälle bei Katatonie. Psych. neurol. Wochenschrift 1905/1906.

Tomaschny: Die körperlichen Erscheinungen bei Dementia praecox. Allgem. Zeitschrift f. Psych., 1909, Bd. 66.

Thomsen: Dementia praecox und manisch-depressives Irresein. Allg. Zeitschr. für Psych. 1908, Bd. 65.

Westphal, A.: Ueber ein im katatonischen Stupor beobachtetes Pupillenphaenomen. Deutsche mediz. Wochenschrift, 1907, N. 27.

Ueber bisher nicht beschriebene Pupillenerscheinungen im katatonischen Stupor mit Krankendemonstrationen. Autoref.: Zentralblatt f. Nerv. und Psych. 1907.

Weitere Beobachtungen über im katatonischen Stupor beobachtete Pupillenphaenomen. Deutsche medizinische Wochenschrift 1909, N. 23.

Winter: Ein kasuistischer Beitrag zu den A. Westphalschen Pupillenstörungen bei Katatonie. Inaug. Diss., Bonn, 1911.

Wassermeyer: Zur Pupillenuntersuchung bei Geisteskranken. Arch. für Psych.., 1908, Bd. 43.

Weiler: Pupillenuntersuchungen bei Geisteskranken. Deutsche med. Wochenschrift, 1906.

Ziehen: Psychiatrie, IV. Auflage, Leipzig, 1911.

Zur Differentialdiagnose der Hebephrenie. Psych. en neurol. Bladen, N. 1, 1902.

Rückläufige Associationen bei Geisteskrankheiten. Neurol. Zentralblatt, 1904.

## Lebenslauf.

Ich, Lew Sirota, mos. Konf., bin am 16. August 1889 zu Schitomir (Rußland) geboren. Von meinem 12. Lebensjahre besuchte ich das Gymnasium meiner Vaterstadt, welches ich nach Absolvierung im Jahre 1909 verließ. Von Michaelis 1909 bis Michalis 1910 studierte ich in Basel, seit dieser Zeit ununterbrochen in Berlin Medizin.

In Basel hatte ich das Glück die Herren Professoren: Burchhardt, Corning, Fichter, Fischer, Griesbach, Hagenbach, Kollmann, Rupe, Zschokke,

in Berlin: Abelsdorf, Bergmann, Bier, du Bois-Reymond, Bonhoeffer, Bockenheimer, Brieger, Bumm, Czerny, Ewalld, Grabower, Goldscheider, Hertwig, Heffter, His, Jacobsohn, Killian, Kraus, Krückmann, Lesser, Loewy, Morgenroth, Munk, Orth, Passow, Poll, Rubner, Siegward, Salkowski, Straßmann, Waldeyer, v. Wassermann und Westenhöffer zu meinen Lehrern zu zählen.

Allen obengenannten Herren Professoren und Privatdozenten spreche ich hiermit meinen verbindlichsten Dank aus.